



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PISA

CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

TESI DI LAUREA SPECIALISTICA

**Lutto complicato nei sopravvissuti al suicidio di una
persona cara**

RELATORE

Chiar.^{ma} Prof. ssa Liliana Dell'Osso

Candidato

Marzia Pellegrini

ANNO ACCADEMICO 2013/2014

INDICE

1. RIASSUNTO

2. INTRODUZIONE

2.1 Dal fisiologico processo di elaborazione del lutto al Complicated grief

2.2 Disturbo da lutto persistente complicato DSM-5

2.2.1 Caratteristiche cliniche e diagnostiche

2.2.2 Fattori di rischio, comorbidità, conseguenze

2.2.3 Diagnosi differenziale

2.3 Lutto correlato al suicidio

2.4 Obiettivo dello studio

3. MATERIALE E METODO

3.1 Disegno dello studio

3.2 Strumenti di valutazione

3.3 Analisi statistiche

4. RISULTATI

5. DISCUSSIONE

6. TABELLE E FIGURE

7. APPENDICI: ICG

8. BIBLIOGRAFIA

1. RIASSUNTO

La morte di una persona alla quale siamo sentimentalmente legati è un'esperienza universale e ognuno di noi nel corso della propria vita si troverà ad affrontare tale evento. Le possibili reazioni che susseguono alla morte di una persona cara, sebbene presentino delle caratteristiche comuni, sono uniche per ogni persona e per ogni relazione. Ciascun individuo affronta un decorso diverso che è influenzato dalle circostanze in cui è avvenuta la morte, dalla personalità del soggetto, dalla sua relazione con il defunto, dalle conseguenze della perdita, dal contesto socio-culturale. La perdita di una persona cara inevitabilmente comporta dei cambiamenti nella vita di coloro che erano emotivamente legati alla stessa, ma la maggior parte delle persone riesce ad adattarsi adeguatamente alla nuova condizione (Prigerson et al., 2009).

Nella letteratura la morte rappresenta un argomento di estremo interesse e per poter parlare di morte occorre prima definire i termini che più spesso vengono utilizzati dai ricercatori: con il termine "bereavement" si intende la "perdita" della persona cara, mentre con il termine "grief" cioè "lutto", si fa riferimento al complesso di risposte emozionali, cognitive, funzionali e comportamentali che hanno funzione adattativa e che evolvono nel tempo, con il termine "cordoglio" si intende il processo psicologico di rimarginazione che viene attivato dalla perdita e che ha lo scopo di raggiungere una piena accettazione della realtà dell'evento e delle sue implicazioni, infine con il termine "sopravvissuti" si fa riferimento alle persone ancora in vita che hanno subito il lutto (K. Shear & Shair, 2005; Zisook & Shear, 2009).

La parola “lutto” si riferisce a tutte le manifestazioni esteriori e quindi a tutti gli atti rituali che accompagnano la morte di una persona. Diverso è il “cordoglio” che invece riguarda le intime reazioni emotive alla perdita.

La perdita di una persona cara rappresenta uno degli eventi più dolorosi per l'essere umano, tanto da avere delle ripercussioni sul benessere psico-fisico e sociale.

La morte è un avvenimento ineluttabile, per cui tutti prima o dopo dovranno affrontare il dolore della perdita di una persona amata. È inverosimile che la morte di qualcuno non sia associata al dolore e ad un senso di solitudine in chi resta in vita.

Altri sintomi possono essere associati al dolore come l'angoscia, la tristezza, il desiderio di rivedere e riabbracciare la persona persa, il senso di colpa, il rimpianto, l'ansia, immagini intrusive, la solitudine, il sentirsi sopraffatti, la rabbia e la solitudine. Questo ampio spettro di sintomi non necessariamente si presentano tutti e il grado di intensità con cui si verificano è diverso e caratteristico di ogni persona.

La morte è una delle paure più radicate negli esseri umani e da sempre ci si interroga su quali possano essere le modalità con cui viene affrontata la morte di una persona cara. L'obiettivo di molti ricercatori è stato quello di trovare uno schema che potesse chiarire quale fosse una risposta fisiologica alla morte in modo da poter differenziare un'eventuale risposta inappropriata alla stessa.

I ricercatori hanno poi dimostrato che il modello a fasi tende a generalizzare il processo di elaborazione del lutto che invece può essere influenzato da fattori come le circostanze che hanno portato al decesso, la prevedibilità o meno con cui è avvenuto, le caratteristiche personali di chi subisce il lutto come l'età, il grado di parentela, il sesso.

L'elaborazione del lutto è un processo fisiologico che gli individui affrontano in seguito alla perdita di una persona (amica, parente o conoscente) con la quale si era sviluppato un legame affettivo significativo che è stato interrotto dal decesso della stessa. Il segno distintivo di questo processo di elaborazione è la capacità dell'individuo di adattarsi e proseguire con la propria vita in assenza della persona che è stata persa. Il soggetto nel corso del tempo focalizza le proprie attenzioni in attività per lui significative (lavoro, hobby) e gode dell'amore delle persone per lui care, e non, che sono ancora in vita (famiglia, amici, a volte il clero o dei veri e propri gruppi di sostegno), fino a quando il dolore e gli altri sintomi cominciano a diminuire di intensità fino a scomparire. Si è visto che servono circa 6 mesi di tempo affinché una persona si abitui a vivere senza il deceduto.

Engel fu il primo autore a dimostrare che il lutto presentava le caratteristiche di un processo patologico. Il lutto infatti ha un fattore eziologico, rappresentato dalla morte di una persona cara, che provoca una sintomatologia prevedibile che quando si manifesta provoca sofferenza e compromissione funzionale (Zisook & Shear, 2009). Engel paragonava il lutto ad un processo patologico che si autolimitava spontaneamente. Sulla base di questa affermazione Engel sviluppò una teoria secondo la quale il processo di elaborazione del lutto può non risolversi, bensì può perdurare nel tempo e diventare cronico con possibili esiti di tipo psichiatrico. (Engel, 1961).

Proprio negli ultimi decenni è insorto un crescente interesse nel valutare il processo di elaborazione del lutto. I ricercatori nei loro studi hanno confrontato l'elaborazione del lutto fisiologica per poi paragonarla ad una elaborazione del lutto patologica (Chiambretto, 2008; Prigerson, et al., 2009; Zisook & Shear, 2009); hanno quindi delineato le caratteristiche cliniche di un lutto "irrisolto" (Horowitz et al., 1997;

Prigerson et al., 1995; Prigerson, et al., 2009) per arrivare a definire un nuovo e specifico disordine clinico diversamente chiamato “Complicated Grief” cioè “Lutto Complicato”. Nell’ultima edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) è stato introdotto con il nome “Disturbo da lutto persistente complicato” (Prigerson et al., 1996; Prigerson, et al., 1995; M. K. Shear et al., 2011a; Wijngaards-de Meij et al., 2008).

Gli studi più recenti hanno fornito una diversa interpretazione del processo di elaborazione del lutto, secondo cui il lutto fisiologico si distingue in lutto acuto e lutto integrato. Il termine “lutto acuto” fa riferimento alla manifestazione iniziale della risposta adattativa al decesso di una persona che, seppur intensa e altamente invalidante, solitamente si risolve con il tempo.

Il termine “lutto integrato” fa riferimento alla risposta adattativa che permane dopo l’elaborazione del lutto e che entra a far parte dell’individuo.

I soggetti colpiti da un lutto riportano tassi maggiori di: disabilità, uso di farmaci, mortalità. (Latham & Prigerson, 2004; Lichtenstein, Gatz, & Berg, 1998; Onrust, Cuijpers, Smit, & Bohlmeijer, 2007; Prigerson, et al., 2009; Stroebe et al., 2007a; Thompson, Breckenridge, Gallagher, & Peterson, 1984; Zisook & Shear, 2009; Zisook & Shuchter, 1993)

Diversi studi hanno dimostrato come il CG si ritrovi in circa il 9-20% dei soggetti che affrontano la morte di una persona cara (Bui, Nadal-Vicens, & Simon, 2012; Byrne, 2006; Kersting & Kroger, 2010; Lichtenthal, Cruess, & Prigerson, 2004; J. L. Middleton, 2008; M. K. Shear et al., 2011b; Zisook & Shear, 2009)

Alcune persone sviluppano un processo di elaborazione del lutto più severo e di durata più prolungata rispetto alla popolazione generale. Questo tipo di reazione è

spesso associata ad esiti negativi per la salute del soggetto tanto che recentemente è stato definito come “Lutto Complicato”. Possiamo quindi affermare che le principali differenze tra una fisiologica elaborazione del lutto e un lutto patologico non sono i sintomi, che sono uguali in entrambe le situazioni, ma sono la maggiore intensità e durata di tali sintomi.

In un altro studio si è visto che quando un membro della famiglia muore a causa di una morte traumatica e improvvisa, lo shock immediato e la sintomatologia che seguono a tale evento possono portare allo sviluppo di un Lutto complicato (Clements, DeRanieri, Vigil, & Benasutti, 2004; Miyabayashi & Yasuda, 2007).

Con il termine morte traumatica improvvisa si fa riferimento ad una delle cinque categorie medico-legali di morte: omicidio, suicidio, incidente, naturale e indeterminato. Una revisione del lutto nella letteratura riporta che quelle morti che coinvolgono subitanità, violenza interpersonale, traumi, suicidio e un atto di disegno umano (cioè la morte è stata progettata, ideata e voluta) hanno maggiori probabilità di sviluppare una risposta di dolore esagerata fino al Lutto complicato. Queste morti, infatti, sono percepite come premature e ingiuste tanto da intensificare i sentimenti di incredulità, shock, e rabbia.

Le persone che hanno sviluppato Lutto complicato sembrano essere in uno stato di lutto cronico. La persona in lutto presenta più frequentemente una persistente e dirompente nostalgia della persona deceduta e un senso di profonda angoscia. Altri sintomi sono problemi ed incapacità ad accettare la morte, senso di rimpianto e di profonda tristezza, incapacità di andare avanti con la propria vita, distacco dalle altre persone a cui era vicino prima della morte della persona cara, la sensazione che ora la vita non ha più un senso, l'idea che nel futuro non potrà esserci nessun obbiettivo ne

alcuna prospettiva in mancanza della persona amata, un senso di inquietudine ed ansia. Per poter fare diagnosi di CG il profilo sintomatologico deve persistere per almeno sei mesi (Hawton, 2007; K. Shear & Shair, 2005) .

Possiamo quindi definire il Lutto complicato come una reazione di dolore in cui la sofferenza acuta è prolungata, così da determinare distress e tale da compromettere la qualità della vita del paziente, poiché va ad interferire con le abitudini lavorative e sociali dello stesso, in particolare si verificherà un deficit del rendimento lavorativo, una riduzione del funzionamento sociale e la comparsa di complicanze sulla salute.

Tali sintomi possono portare al pensiero di suicidio o a comportamenti tesi al suicidio, poiché il paziente arriva a pensare che non ha più senso vivere senza la persona deceduta (Latham & Prigerson, 2004; Tal Young et al., 2012; Zisook, et al., 2010).

Uno studio ha dimostrato la necessità di definire il CG come entità diagnostica, questo perché i suoi sintomi sono associati con alta morbilità per la salute fisica e mentale che richiede specifici interventi clinici. (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000; Lichtenthal, et al., 2004; Onrust, et al., 2007; M. K. Shear, et al., 2011a; Simon, 2013).

Il CG può inoltre rappresentare la causa scatenante di disturbi mentali quali Disturbo depressivo maggiore e Disturbi d'ansia (Bruce, Kim, Leaf, & Jacobs, 1990; P. J. Clayton, 1990; Lichtenstein, et al., 1998; Schaefer, Quesenberry, & Wi, 1995; Stroebe et al., 2007b; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Thompson, et al., 1984; Zisook & Shuchter, 1993).

Il CG richiede quindi particolare attenzione clinica e l'eventuale intervento con trattamenti clinici specifici, altrimenti il dolore può diventare cronico e invalidante.

Esistono dei fattori che possono facilitare l'insorgenza e lo sviluppo di CG e questi fattori sono: sesso femminile, anamnesi positiva per disturbi dell'umore o d'ansia, pregressi traumi o perdite, scarso supporto sociale, il tipo di relazione con la persona deceduta (figlio, partner, conoscente), l'eccessiva dipendenza dalla persona deceduta prima della morte, la modalità con cui si è verificato il decesso cioè morti improvvise, inaspettate, violente, premature o dovute a suicidio o omicidio. È stato visto che anche le morti avvenute in seguito ad un disastro ambientale o a seguito di malattie protratte, complicate e sofferte si associano allo sviluppo di Lutto complicato. Costituiscono ulteriori fattori di rischio per CG il non essere presenti al momento della morte, o la convinzione di non essere stati abbastanza vicini e di conforto per il defunto, o dubbi circa le cure prestate e la perdita di un sostentamento economico come conseguenza di problematiche nella gestione di eventuali eredità. (Carmassi, et al., 2013b)

I più comuni disturbi in comorbidità con il CG sono il Disturbo depressivo maggiore (DDM), il Disturbo da stress post-traumatico (DSPT) e il Disturbo da uso di sostanze.

Di recente l'attenzione si è focalizzata nel cercare di capire come la morte di una persona attraverso il suicidio potesse influire con lo sviluppo di CG nei soggetti che erano legati emotivamente a quella persona quando era in vita. Dalla letteratura emerge che la morte tramite suicidio di una persona amata sia associata a uno scarso recupero della persona che ha subito il lutto, ad alti tassi di distress psicologico e morbidità psichiatriche, come ad esempio il Disturbo depressivo maggiore (MD), il Disturbo da uso di sostanze e il Disturbo da stress post-traumatico (DSPT) (D. A. Brent, Moritz, Bridge, Perper, & Canobbio, 1996; D. Brent, Melhem, Donohoe, & Walker, 2009; McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008; Tal Young, et al., 2012).

La perdita attraverso il suicidio è inaspettata e scioccante e per queste ragioni il processo di elaborazione del lutto può essere più impegnativo.

Essendo un argomento molto rilevante, negli ultimi anni, un crescente numero di ricerche hanno provato a differenziare il lutto per suicidio dal lutto per altri tipi di morte, tuttavia i risultati sono controversi. Da una parte sembra che il lutto per suicidio sia qualitativamente differente dall'esperienza di lutto dopo la perdita di una persona per morte naturale, infatti sembra essere associato a sentimenti di auto colpa, vergogna, senso di rifiuto, ad una peggiore salute psichiatrica e generale (Cvinar, 2005; Groot, Keijser, & Neeleman, 2006; Harwood, et al., 2002; Tal Young, et al., 2012). Dall'altra parte diversi studi suggeriscono che il lutto per suicidio sia più simile che diverso dalla reazione da lutto per morti improvvise e violente (queste includono non solo il suicidio, ma anche omicidio e incidenti). Perciò alcuni autori hanno suggerito che, piuttosto che focalizzarsi soprattutto sui sopravvissuti al suicidio, le ricerche dovrebbero richiamare l'attenzione sulla morte improvvisa in generale come un fattore che può essere associato con una reazione post-traumatica e lutto complicato (Begley & Quayle, 2007; Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003). Solo pochi studi hanno analizzato così approfonditamente l'attacco di CG nel periodo successivo all'esperienza di suicidio.

È ormai riconosciuto che il Disturbo da lutto persistente complicato sia strettamente correlato alla modalità della morte, in particolare il suicidio. Inoltre la probabilità di sviluppare CG è maggiore in relazione al sesso femminile e alla tipologia di rapporto che la persona in lutto aveva con il deceduto prima della morte.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze nessuno studio ha confrontato la risposta al lutto per suicidio rispetto al lutto complicato prendendo in considerazione il profilo sintomatologico.

Alla luce di tali considerazioni lo scopo del nostro studio è stato quello di comparare il profilo sintomatologico del Lutto complicato con quello dei sopravvissuti al suicidio, per valutare le similitudini e le differenze.

Il campione reclutato nel presente studio ha incluso 99 adulti che, al momento del reclutamento, avevano avuto l'esperienza di morte di una persona per loro importante, in particolare: 22 sopravvissuti al suicidio (SS), 36 pazienti con complicated grief (CG) e 41 soggetti di controllo (CTL). In tutti i casi la perdita della persona amata è avvenuta almeno 6 mesi prima del reclutamento nello studio, in accordo con recenti studi relativi al profilo sintomatologico del CG (Prigerson, et al., 2009; M. K. Shear, et al., 2011a).

I criteri di esclusione sono: disturbi neurologici o la presenza di sintomi psicotici e problemi cognitivi che impedivano ai soggetti di compilare il questionario.

La diagnosi di CG era stata fatta sulla base di una valutazione clinica da parte dei medici dopo aver chiesto ai pazienti di compilare il questionario ICG.

L'Inventory of Complicated Grief (ICG) è lo strumento attualmente riconosciuto a livello internazionale per la diagnosi di CG.

È un questionario composto da 19 campi di controllo (items) e coloro che devono rispondere assegnano un punteggio sulla base della loro esperienza in una scala di 5 punti (da 0, cioè assenza della patologia, a 4, cioè massima gravità di espressione della patologia), le possibili risposte vanno da "mai" a "sempre" (0 = mai; 1 = raramente; 2 = qualche volta; 3 = spesso; 4 = sempre). La versione italiana dell'ICG è

stata di recente convalidata sulla base di uno studio su 229 soggetti in lutto (Carmassi et al., 2014; W. Middleton, Burnett, Raphael, & Martinek, 1996) e appare essere uno strumento di facile uso per valutare il CG. Come suggerito dagli ultimi studi la soglia per fare diagnosi di CG è oggi riconosciuta in un punteggio totale ≥ 30 .

Osservando il grado di parentela all'interno del nostro campione di CG, in relazione al punteggio totale all'ICG, non sono emerse differenze significative tra maschi e femmine, mentre, in accordo con dati precedenti della letteratura, sono emerse differenze all'interno del nostro campione di SS.

Paragonando il profilo sintomatologico tra i CG e i SS, in relazione al punteggio totale all'ICG, è emerso come nei CG fossero predominanti i sentimenti di turbamento nel ricordare la persona cara e di invidia nei confronti di coloro che non avevano perso qualcuno.

I CG più dei SS non riuscivano ad accettare la morte della persona amata, desideravano fortemente il deceduto e il pensiero del deceduto era tale da impedire la normale vita quotidiana.

Nei SS erano predominanti i sentimenti di attrazione verso luoghi o persone associate al deceduto, ma anche rabbia, incredulità, sfiducia verso se stessi e il prossimo, isolamento.

1. INTRODUZIONE

2.1 Dal fisiologico processo di elaborazione del lutto al Complicated Grief (CG).

La morte di una persona alla quale siamo sentimentalmente legati è un'esperienza universale e ognuno di noi nel corso della propria vita si troverà ad affrontare tale evento. Le possibili reazioni che susseguono alla morte di una persona cara, sebbene presentino delle caratteristiche comuni, sono uniche per ogni persona e per ogni relazione. Ciascun individuo affronta un decorso diverso che è influenzato dalle circostanze in cui è avvenuta la morte, dalla personalità del soggetto, dalla sua relazione con il defunto, dalle conseguenze della perdita, dal contesto socio-culturale. La perdita di una persona cara inevitabilmente comporta dei cambiamenti nella vita di coloro che erano emotivamente legati alla stessa, ma la maggior parte delle persone riesce ad adattarsi adeguatamente alla nuova condizione (Prigerson et al., 2009).

Nella letteratura la morte rappresenta un argomento di estremo interesse e per poter parlare di morte occorre prima definire i termini che più spesso vengono utilizzati dai ricercatori: con il termine "bereavement" si intende la "perdita" della persona cara, mentre con il termine "grief" cioè "lutto", si fa riferimento al complesso di risposte emozionali, cognitive, funzionali e comportamentali che hanno funzione adattativa e che evolvono nel tempo, con il termine "cordoglio" si intende il processo psicologico di rimarginazione che viene attivato dalla perdita e che ha lo scopo di raggiungere una piena accettazione della realtà dell'evento e delle sue implicazioni, infine con il termine "sopravvissuti" si fa riferimento alle persone ancora in vita che hanno subito il lutto (K. Shear & Shair, 2005; Zisook & Shear, 2009).

La parola “lutto” si riferisce a tutte le manifestazioni esteriori e quindi a tutti gli atti rituali che accompagnano la morte di una persona. Diverso è il “cordoglio” che invece riguarda le intime reazioni emotive alla perdita. Quindi il lutto è tutto ciò che ruota intorno alla perdita, ciò che è visibile, ciò che è rituale. I riti aiutano a contenere ed attenuare le angosce e facilitano il percorso di elaborazione del lutto, come sottolinea Ernesto De Martino nel suo saggio “Morte e pianto rituale nel mondo antico” in cui parla della “stereotipia del cordoglio” e dell’“autoincantarsi” con il lamento, il canto ed il pianto rituali. I riti funebri, quindi, sono il primo “aiuto” nel percorso di elaborazione che continua nell’intimità di ciascuno con tempi e modalità differenti.

La perdita di una persona cara rappresenta uno degli eventi più dolorosi per l’essere umano, tanto da avere delle ripercussioni sul benessere psico-fisico e sociale.

La morte è un avvenimento ineluttabile, per cui tutti prima o dopo dovranno affrontare il dolore della perdita di una persona amata. È inverosimile che la morte di qualcuno non sia associata al dolore e ad un senso di solitudine in chi resta in vita.

Il termine dolore viene usato per descrivere le risposte emotive, cognitive e comportamentali alla morte. La manifestazione del dolore varia da persona a persona e da un momento ad un altro (Zisook et al., 2010). Altri sintomi possono essere associati al dolore come l’angoscia, la tristezza, il desiderio di rivedere e riabbracciare la persona persa, il senso di colpa, il rimpianto, l’ansia, immagini intrusive, la solitudine, il sentirsi sopraffatti, la rabbia e la solitudine. Questo ampio spettro di sintomi non necessariamente si presentano tutti e il grado di intensità con cui si verificano è diverso e caratteristico di ogni persona.

La morte è una delle paure più radicate negli esseri umani e da sempre ci si interroga su quali possano essere le modalità con cui viene affrontata la morte di una persona cara. L’obiettivo di molti ricercatori è stato quello di trovare uno schema che potesse

chiarire quale fosse una risposta fisiologica alla morte in modo da poter differenziare un'eventuale risposta inappropriata alla stessa.

Freud nel suo libro "Lutto e melanconia" del 1917 associa il lutto ad un impoverimento del mondo che appare vuoto. Secondo Freud il processo di elaborazione del lutto è un'attività dell'Io, che agisce sui ricordi dolorosi, per attenuare, con il tempo, il dolore che essi provocano. Tale processo di elaborazione del lutto comprende reazioni fisiologiche e psicologiche, fra le quali piangere, bramare la persona amata, fino alla rassegnazione e al distacco.

Gli autori che principalmente si sono occupati dello studio del processo di elaborazione del lutto sono E. Kubler-Ross, C.M. Parkes e J.W. Worden.

Parkes nei suoi studi (Parkes & Brown, 1972) (Parkes, 1998) propose un modello per il processo di elaborazione del lutto che prevedeva il susseguirsi di più fasi consecutive: lo stordimento, la ricerca, la disorganizzazione e disperazione, la riorganizzazione e guarigione. La fase dello stordimento è caratterizzata da shock e negazione in cui l'individuo non riesce a credere che la persona amata sia davvero morta e da sentimenti di irrealtà in cui l'individuo sente di vivere una situazione surreale. La fase della ricerca è caratterizzata da intensa ricerca del congiunto, pianto, ansia da separazione, rabbia e irritabilità, auto-accuse, perdita di autostima e del senso di sicurezza. La fase della disperazione è caratterizzata da apatia, disperazione, senso di mutilazione, isolamento e ritiro dalla vita sociale. La fase della riorganizzazione e guarigione è caratterizzata da graduale ritorno alla vita, ricomparsa di interessi e del desiderio di pianificare il proprio futuro.

La psichiatra svizzera Elisabeth Kubler-Ross nel suo libro "La morte e il morire" pubblicato nel 1969 propose un modello a cinque fasi: la negazione, il patteggiamento, la rabbia, la depressione, l'accettazione.

La fase della negazione o rifiuto è caratterizzata da shock, da stordimento per la morte e dalla ricerca nel proprio ambiente della presenza del proprio caro; in questa fase la persona non riesce ad accettare di aver perso il defunto e come meccanismo di difesa nega a se stesso che questo sia davvero accaduto. La fase della rabbia è caratterizzata da frustrazione e rabbia, che è generata dal profondo dolore provato e viene rivolta a se stessi, alle persone vicine, al destino, al mondo e al defunto stesso. La fase del patteggiamento o negoziazione è caratterizzata dalla speranza nel ritorno del proprio caro e l'individuo prega un'entità superiore affinché questo possa accadere; in questa fase la persona cerca di reagire all'impotenza provando a dare delle risposte che spieghino quanto accaduto. La fase della depressione è caratterizzata da profonda tristezza e dolore per la realtà e l'irrimediabilità della morte; in questa fase l'individuo prende consapevolezza della morte della persona cara e si arrende emotivamente mostrando la sintomatologia propria dell'Episodio Depressivo Maggiore. La fase dell'accettazione è caratterizzata dalla riorganizzazione e dal ritorno alla vita conservando i ricordi, senza che questo determini un dolore insopportabile; in questa fase la persona accetta quanto accaduto e prosegue la propria vita senza il defunto.

L'elaborazione di questo Modello a cinque fasi fu fatta studiando le reazioni sviluppate da persone alle quali veniva diagnosticata una malattia terminale. Ulteriori studi hanno dimostrato che tale modello poteva essere applicato anche al processo di elaborazione del lutto ed è uno strumento che ci è stato di aiuto nel capire le dinamiche mentali affrontate da questi soggetti. Le diverse fasi possono presentarsi con diversa intensità, che può essere più o meno grave, con un diverso ordine, quindi non sequenziali, con un diverso andamento temporale, cioè le fasi possono non avere

la stessa durata e con una diversa frequenza, cioè un fase può anche ripetersi più volte.

J. William Worden infine, pone in evidenza quelli che ritiene essere gli obiettivi del lavoro sul lutto elaborando un modello a fasi cioè: accettazione della realtà della perdita, elaborazione del dolore del lutto, adattamento ad una realtà nella quale il proprio congiunto non c'è più, dare un nuovo spazio al proprio caro e proseguire nel proprio percorso di vita. Nella fase di "accettazione della realtà della perdita" l'individuo supera la normale tendenza a negare l'evento della morte. Nella fase di "elaborazione del dolore del lutto l'individuo" sperimenta il dolore e i sentimenti di depressione, isolamento e vuoto legati alla perdita del proprio caro. Nella fase di "adattamento ad una realtà nella quale il proprio congiunto non c'è" più l'individuo sviluppa nuove capacità per adattarsi ai nuovi ruoli, al nuovo senso di sé e del mondo. Nella fase "dare un nuovo spazio al proprio caro e proseguire nel proprio percorso di vita" l'individuo trova un luogo nella propria vita interiore dove il proprio caro è presente e pensa al defunto con un senso di tristezza ma non più con sentimenti di disperazione intollerabili.

I ricercatori hanno poi dimostrato che il modello a fasi tende a generalizzare il processo di elaborazione del lutto che invece può essere influenzato da fattori come le circostanze che hanno portato al decesso, la prevedibilità o meno con cui è avvenuto, le caratteristiche personali di chi subisce il lutto come l'età, il grado di parentela, il sesso.

Attualmente si ritiene che l'elaborazione del lutto possa verificarsi nel tempo senza necessariamente procedere per fasi sequenziali (Marwit e Klass,1995; Ringdal et al., 2001). Studi più recenti infatti hanno dimostrato che nel processo di elaborazione del lutto le fasi possono comparire indipendentemente le une dalle altre, possono

sovrapporsi, avere diversa durata nel tempo e possono anche presentarsi più di una volta ciascuna. (Prigerson & Jacobs, 2001)

L'elaborazione del lutto è un processo fisiologico che gli individui affrontano in seguito alla perdita di una persona (amica, parente o conoscente) con la quale si era sviluppato un legame affettivo significativo che è stato interrotto dal decesso della stessa. Il segno distintivo di questo processo di elaborazione è la capacità dell'individuo di adattarsi e proseguire con la propria vita in assenza della persona che è stata persa. Il soggetto nel corso del tempo focalizza le proprie attenzioni in attività per lui significative (lavoro, hobby) e gode dell'amore delle persone per lui care, e non, che sono ancora in vita (famiglia, amici, a volte il clero o dei veri e propri gruppi di sostegno), fino a quando il dolore e gli altri sintomi cominciano a diminuire di intensità fino a scomparire. Si è visto che servono circa 6 mesi di tempo affinché una persona si abitui a vivere senza il deceduto.

Engel fu il primo autore a dimostrare che il lutto presentava le caratteristiche di un processo patologico. Il lutto infatti ha un fattore eziologico, rappresentato dalla morte di una persona cara, che provoca una sintomatologia prevedibile che quando si manifesta provoca sofferenza e compromissione funzionale (Zisook & Shear, 2009). Engel paragonava il lutto ad un processo patologico che si autolimitava spontaneamente. Sulla base di questa affermazione Engel sviluppò una teoria secondo la quale il processo di elaborazione del lutto può non risolversi, bensì può perdurare nel tempo e diventare cronico con possibili esiti di tipo psichiatrico. (Engel, 1961).

La definizione di un processo di elaborazione del lutto fisiologico ha portato i ricercatori a delineare un processo di elaborazione del lutto patologico, fondamentale

per riuscire a mettere in atto possibili terapie e psicoterapie al fine di risolvere o prevenire l'insorgenza di questa patologia.

Proprio negli ultimi decenni è insorto un crescente interesse nel valutare il processo di elaborazione del lutto. I ricercatori nei loro studi hanno confrontato l'elaborazione del lutto fisiologica per poi paragonarla ad una elaborazione del lutto patologica (Chiambretto, 2008; Prigerson, et al., 2009; Zisook & Shear, 2009); hanno quindi delineato le caratteristiche cliniche di un lutto "irrisolto" (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995; Prigerson, et al., 2009) per arrivare a definire un nuovo e specifico disordine clinico diversamente chiamato "Complicated Grief" cioè "Lutto Complicato". Nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) è stato introdotto con il nome "Disturbo da lutto persistente complicato" (Prigerson et al., 1996; Prigerson, et al., 1995; M. K. Shear et al., 2011a; Wijngaards-de Meij et al., 2008).

Gli studi più recenti hanno fornito una diversa interpretazione del processo di elaborazione del lutto, secondo cui il lutto fisiologico si distingue in lutto acuto e lutto integrato. Il termine "lutto acuto" fa riferimento alla manifestazione iniziale della risposta adattativa al decesso di una persona che, seppur intensa e altamente invalidante, solitamente si risolve con il tempo.

La sintomatologia del lutto acuto è caratterizzata da: nostalgia intensa; ricorrente desiderio di ricongiungersi con la persona amata fino, in alcuni casi, al desiderio di morire; tristezza che si presenta "a ondate" con crisi di pianto, di solito intervallati da periodi di tregua in cui si possono provare anche emozioni positive; flusso costante di pensieri o immagini del defunto, spesso vivide; amarezza e rabbia per la morte, difficoltà nell'accettare l'evento; sintomi somatici come sospiri incontrollabili, disturbi digestivi, perdita di appetito, secchezza delle fauci, disturbi del sonno, facile

affaticabilità, astenia o senso di debolezza, irrequietezza, affaccendamento afinalistico, difficoltà ad iniziare o mantenere attività organizzate, alterazioni del sensorio; vissuti di indifferenza verso gli altri, irritabilità (K. Shear & Shair, 2005; M. K. Shear, Ghesquiere, & Glickman, 2013; Zisook, Pies, & Iglewicz, 2013).

Generalmente il lutto acuto tende a risolversi attraverso un processo di accettazione che si esplica attraverso tre stadi: acquisizione di una piena consapevolezza della perdita e delle sue conseguenze, sviluppo di modalità alternative di relazione con il defunto, ridefinizione degli obiettivi e dei progetti personali (pensando ad un futuro senza il proprio caro, recuperando gli interessi, la progettualità, le capacità operative) (Carmassi et al., 2013b).

Il termine “lutto integrato” fa riferimento alla risposta adattativa che permane dopo l’elaborazione del lutto e che entra a far parte dell’individuo.

Nel lutto integrato l’individuo ha la sensazione di essersi adattato alla perdita, ricomincia a provare interesse per le attività ludiche e lavorative ed è di nuovo in grado di provare gioia e soddisfazione; può persistere un senso di solitudine e di tristezza, l’individuo continua a sentire la mancanza del defunto ma in modo più attenuato; il ricordo della persona cara è meno doloroso e non più dominante; si può manifestare riacutizzazione dei sintomi di lutto acuto in corrispondenza di date significative.

I soggetti colpiti da un lutto riportano tassi maggiori di: disabilità, uso di farmaci, mortalità. (Latham & Prigerson, 2004; Lichtenstein, Gatz, & Berg, 1998; Onrust, Cuijpers, Smit, & Bohlmeijer, 2007; Prigerson, et al., 2009; Stroebe et al., 2007a; Thompson, Breckenridge, Gallagher, & Peterson, 1984; Zisook & Shear, 2009; Zisook & Shuchter, 1993)

Diversi studi hanno dimostrato come il CG si ritrovi in circa il 9-20% dei soggetti che affrontano la morte di una persona cara (Bui, Nadal-Vicens, & Simon, 2012; Byrne, 2006; Kersting & Kroker, 2010; Lichtenthal, Cruess, & Prigerson, 2004; J. L. Middleton, 2008; M. K. Shear et al., 2011b; Zisook & Shear, 2009)

Alcune persone sviluppano un processo di elaborazione del lutto più severo e di durata più prolungata rispetto alla popolazione generale. Questo tipo di reazione è spesso associata ad esiti negativi per la salute del soggetto tanto che recentemente è stato definito come “Lutto Complicato”. Possiamo quindi affermare che le principali differenze tra una fisiologica elaborazione del lutto e un lutto patologico non sono i sintomi, che sono uguali in entrambe le situazioni, ma sono la maggiore intensità e durata di tali sintomi.

In uno studio del 1997 (Horowitz, et al., 1997) svilupparono delle definizioni di lutto patologico basate sull’osservazione di 70 soggetti in lutto per la perdita del coniuge. I soggetti in esame furono indagati con la somministrazione di un’intervista diagnostica strutturata per valutare la presenza di 30 sintomi frequentemente associati a lutto. I 30 sintomi furono selezionati in precedenti interviste longitudinali di persone in lutto. Questo studio permise di creare una nuova diagnosi di disturbo da lutto complicato in cui la morte rappresenta un evento di vita stressante che può risultare eccessivo per le risorse di cui l’individuo dispone. Furono delineati dei criteri diagnostici che prevedevano la presenza di sintomi come pensieri intrusivi intensi (ricordi di eventi di vita trascorsi insieme alla persona perduta), fitte improvvise di dolore acuto, nostalgia e mancanza del defunto, tendenza all’isolamento, perdita di interesse nelle attività personali, solitudine, evitamento di luoghi o persone che possano richiamare alla mente il ricordo del defunto. Il lutto

patologico è caratterizzato dalla persistenza dei sintomi per oltre un anno dalla morte della persona cara.

Prigerson et al. in uno studio del 1999 (Prigerson, Bridge, et al., 1999; Prigerson, Shear, et al., 1999) avevano considerato la perdita di una persona cara come un evento traumatico e stressante ed hanno poi analizzato le caratteristiche del dolore generato dal trauma. L'obiettivo dello studio era definire dei criteri diagnostici per la presenza di lutto patologico. I soggetti in esame erano rappresentati da un campione di 306 vedove che furono intervistate 7 mesi dopo la morte del marito. Furono proposti dei criteri sintomatologici per lo studio del dolore traumatico sulla base delle analisi ROC (Receiver Operating Characteristic). I sintomi furono raggruppati in due categorie: i sintomi dovuti alla separazione dalla persona amata (desiderio, ricerca del defunto, solitudine, angoscia) e i sintomi dovuti all'evento traumatico (shock, incredulità, intorpidimento, diffidenza, rabbia, sensazione che la propria vita non ha più un senso). Per diagnosi di lutto traumatico i soggetti dovevano rispondere "a volte vero" per almeno tre sintomi da separazione e "soprattutto vero" in almeno quattro dei sintomi da distress traumatico, questo forniva una sensibilità del 0,93 ed una specificità del 0,93 sulla base di analisi ROC.

Freud nel suo libro "Lutto e melanconia" del 1917 proponeva il concetto di lutto patologico definendolo melanconia. "La melanconia – dice Freud – è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso sentimento, da un venir meno dell'interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvilito di sé che si esprime in autorimproveri e autoinganni e culmina nell'attesa delirante di una punizione ". Nella melanconia è l'Io stesso che si è svuotato ed impoverito. La melanconia può essere considerata dunque un lutto senza fine, senza elaborazione. E' come se nel malinconico si producesse una

scissione dell'Io, per cui una parte di esso si rivolgesse contro l'altra parte, punendola, biasimandola, attaccandola violentemente, fino anche al suicidio del soggetto.

In un altro studio si è visto che quando un membro della famiglia muore a causa di una morte traumatica e improvvisa, lo shock immediato e la sintomatologia che seguono a tale evento possono portare allo sviluppo di un Lutto complicato (Clements, DeRanieri, Vigil, & Benasutti, 2004; Miyabayashi & Yasuda, 2007).

Con il termine morte traumatica improvvisa si fa riferimento ad una delle cinque categorie medico-legali di morte: omicidio, suicidio, incidente, naturale e indeterminato. Una revisione del lutto nella letteratura riporta che quelle morti che coinvolgono subitanità, violenza interpersonale, traumi, suicidio e un atto di disegno umano (cioè la morte è stata progettata, ideata e voluta) hanno maggiori probabilità di sviluppare una risposta di dolore esagerata fino al Lutto complicato. Queste morti, infatti, sono percepite come premature e ingiuste tanto da intensificare i sentimenti di incredulità, shock, e rabbia. I sopravvissuti alla morte traumatica di familiari, amici e colleghi di lavoro possono essere identificati come co-vittime dal momento che si sentono vittime per aver subito l'evento traumatico di morte improvvisa della persona cara, senza aver avuto il tempo di prepararsi mentalmente ed emotivamente.

Le persone che hanno sviluppato Lutto complicato sembrano essere in uno stato di lutto cronico. La persona in lutto presenta più frequentemente una persistente e dirompente nostalgia della persona deceduta e un senso di profonda angoscia. Altri sintomi sono problemi ed incapacità ad accettare la morte, senso di rimpianto e di profonda tristezza, incapacità di andare avanti con la propria vita, distacco dalle altre persone a cui era vicino prima della morte della persona cara, la sensazione che ora la vita non ha più un senso, l'idea che nel futuro non potrà esserci nessun obiettivo né alcuna prospettiva in mancanza della persona amata, un senso di inquietudine ed

ansia. Per poter fare diagnosi di CG il profilo sintomatologico deve persistere per almeno sei mesi (Hawton, 2007; K. Shear & Shair, 2005) .

Possiamo quindi definire il Lutto complicato come una reazione di dolore in cui la sofferenza acuta è prolungata, così da determinare distress e tale da compromettere la qualità della vita del paziente, poiché va ad interferire con le abitudini lavorative e sociali dello stesso, in particolare si verificherà un deficit del rendimento lavorativo, una riduzione del funzionamento sociale e la comparsa di complicanze sulla salute. Il paziente non riesce più a trovare un significato alla propria vita senza la persona che è morta. I sintomi del CG possono essere più di uno ed includono ricorrenti e intese crisi di dolore, angoscia per la perdita, persistente desiderio della persona deceduta che si può manifestare con immagini intrusive e ricorrenti della persona amata, con un forte desiderio di riabbracciarla o di poter essere di nuovo insieme alla persona defunta, l'incapacità di accettare la morte di tale persona, il continuo pensare e rimuginare sulle circostanze della morte, il sentirsi perso e confuso con un senso di vuoto incolmabile come se non fosse più possibile provare un sentimento di gioia. Tali sintomi possono portare al pensiero di suicidio o a comportamenti tesi al suicidio, poiché il paziente arriva a pensare che non ha più senso vivere senza la persona deceduta (Latham & Prigerson, 2004; Tal Young et al., 2012; Zisook, et al., 2010).

Uno studio ha dimostrato la necessità di definire il CG come entità diagnostica, questo perché i suoi sintomi sono associati con alta morbidità per la salute fisica e mentale che richiede specifici interventi clinici. (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000; Lichtenthal, et al., 2004; Onrust, et al., 2007; M. K. Shear, et al., 2011a; Simon, 2013).

Il CG può inoltre rappresentare la causa scatenante di disturbi mentali quali Disturbo depressivo maggiore e Disturbi d'ansia (Bruce, Kim, Leaf, & Jacobs, 1990; P. J. Clayton,

1990; Lichtenstein, et al., 1998; Schaefer, Quesenberry, & Wi, 1995; Stroebe et al., 2007b; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Thompson, et al., 1984; Zisook & Shuchter, 1993).

Il CG richiede quindi particolare attenzione clinica e l'eventuale intervento con trattamenti clinici specifici, altrimenti il dolore può diventare cronico e invalidante.

Alcuni studiosi hanno paragonato il CG ad una ferita. La ferita è una condizione che induce una risposta infiammatoria quale parte del processo di guarigione. Tuttavia, se la ferita si infetta l'infiammazione aumenta e la guarigione è ritardata. Lo stesso può accadere dopo la perdita di una persona cara: il decesso rappresenta la ferita, il lutto rappresenta la dolorosa risposta infiammatoria che segue e il CG è l'analogo dell'infezione. Il CG quindi rallenta il processo di elaborazione del lutto, ne prolunga la sintomatologia fino a renderla cronica se non si interviene con una terapia. (M. K. Shear, 2012a)

2.2 Disturbo da lutto persistente complicato DSM-5.

2.2.1 Caratteristiche cliniche e diagnostiche.

Nel DSM-III , il lutto non complicato “uncomplicated grief” è allo stesso tempo una voce di Asse V (Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica) e un criterio di esclusione per la diagnosi di DDM.

La penultima edizione del DSM (DSM-IV-TR) colloca il lutto fra le condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica considerandola una condizione per la quale sussistono informazioni insufficienti a determinare se il problema sia attribuibile o meno ad un disturbo mentale.

Nel DSM-IV il lutto non complicato viene definito semplicemente lutto. Il processo di elaborazione del lutto presenta dei sintomi depressivi di profondo dolore, disagio e nostalgia, se tali sintomi perdurano per oltre due mesi dalla perdita della persona cara o si caratterizzano per una compromissione funzionale marcata, auto-svalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio, il manuale prevede la possibilità di porre diagnosi di Episodio depressivo maggiore (EDM).

Il DSM-IV-TR prevede quindi due eventi come possibile conseguenza del lutto di una persona cara: una semplice reazione da lutto (anche con sintomi depressivi) che tende a risolversi nell’arco di circa due mesi, cioè “Lutto” non patologico e una reazione da lutto che in cui la sintomatologia si protrae oltre i due mesi oppure è così marcata da causare compromissione funzionale, cioè “EDM”. (Carmassi, et al., 2013b)

Nel Manuale vengono anche chiariti quali sono i sintomi utili per fare diagnosi differenziale tra Lutto ed EDM. Il Disturbo depressivo maggiore infatti è caratterizzato da: senso di colpa riguardante cose diverse dalle azioni fatte o non fatte

dal soggetto sopravvissuto al momento della morte; pensieri di morte diversi dal sentimento del soggetto sopravvissuto che sarebbe meglio che fosse morto o che avrebbe dovuto morire con la persona deceduta; pensieri eccessivi e morbosi di inutilità; grave rallentamento psicomotorio; prolungata e intensa compromissione del funzionamento; esperienze allucinatorie diverse dal pensare di udire la voce o di vedere fuggevolmente l'immagine della persona deceduta (American Psychiatric Association, 1994). Anche il DSM-IV non considera il lutto come un'entità patologica, ma descrive la comparsa di sintomi che rendono il lutto "non normale", motivo per cui è un argomento di interesse per le ricerche cliniche. Nel DSM-IV la morte di una persona cara per qualsiasi motivo (naturale, omicidio, suicidio, malattia terminale ed altre) viene introdotta come evento potenzialmente traumatico che espone allo sviluppo di DSPT; il lutto, infatti, è un evento che genera paura, impotenza e orrore. Nel DSM-IV il lutto viene anche considerato criterio di esclusione nell'ambito dei disturbi dell'adattamento (American Psychiatric Association, 2000).

Molti ricercatori proposero degli studi (DeVaul & Zisook, 1976; DeVaul, Zisook, & Faschingbauer, 1979; Hartz, 1986; Horowitz, Wilner, Marmar, & Krupnick, 1980; M. K. Shear, et al., 2011a; Zisook & DeVaul, 1985) che dimostravano la necessità di introdurre il CG come un'entità clinica ben definita e diversificata dal lutto fisiologico. Dagli studi è emerso che il CG presentava sintomi patologici dovuti allo stress per il trauma generato dalla perdita e dalla separazione dalla persona cara, tali sintomi persistevano per molti anni dopo la morte della persona cara ed erano predittivi per lo sviluppo di un disturbo mentale, infine i sintomi non regredivano né con la psicoterapia interpersonale, né con la somministrazione di antidepressivi triciclici.

Anche uno studio del 2006 (K. M. Shear, Jackson, Essock, Donahue, & Felton, 2006) dimostrò l'importanza di definire il CG come una condizione psicopatologica

indipendente e distinta da altri disturbi. Nello studio furono esaminati un campione di 149 soggetti che avevano perso amici o parenti in seguito agli attacchi terroristici dell'11 Settembre 2001. I ricercatori hanno effettuato un sondaggio telefonico di screening per la presenza di CG utilizzando domande specifiche. In questo studio, oltre la metà degli intervistati aveva un conoscente o un familiare rimasto ucciso negli attentati e, di questi, il 44% risultava positivo allo screening per il CG.

Gli individui che avevano perso un familiare avevano più probabilità di essere positivi rispetto a coloro che avevano perso un conoscente. I soggetti positivi allo screening erano associati a compromissione funzionale indipendentemente dalla presenza di sintomi, pieni o sottosoglia, di depressione maggiore o PTSD. I risultati dello studio hanno quindi confermato l'importanza di definire il CG come condizione patologica unica.

Secondo(Latham & Prigerson, 2004) la diagnosi di CG viene fatta in presenza dei seguenti criteri:

Criterio A

Il soggetto ha subito la perdita di una persona significativa

La risposta alla perdita include almeno 3 dei seguenti 4 sintomi, che il soggetto deve aver sperimentato almeno qualche volta: pensieri intrusivi riguardanti il defunto, desiderio struggente del defunto, ricerca del defunto, senso di estrema solitudine conseguente alla morte.

Criterio B.

In risposta alla morte la persona in lutto deve sperimentare, quotidianamente o intensamente, 4 dei seguenti 8 sintomi: assenza di progetti o sentimenti di futilità riguardo al futuro; sensazione soggettiva di intorpidimento affettivo, distacco o assenza di reattività emozionale; difficoltà nel riconoscere la morte; sentire che la vita

è vuota o priva di significato; sentire che una parte di sé è morta; sovvertimento della visione del mondo (e.g. perdita del senso di sicurezza, di fiducia, di controllo); emula sintomi o comportamenti dannosi del, o correlati al, defunto; eccessiva irritabilità, amarezza o rabbia correlati alla morte

Criterio C.

La durata del disturbo (dei sintomi elencati) è di almeno 6 mesi

Criterio D.

Il disturbo causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Secondo (Prigerson, et al., 2009) per fare diagnosi di Disturbo da lutto persistente prolungato devono essere presenti i seguenti criteri diagnostici.

Criterio A

Criterio evento: lutto o perdita di un persona emotivamente significativo.

Criterio B

Distress da separazione: la persona deve sperimentare, giornalmente o con un'intensità tale da essere vissuta come stressante o invalidante, almeno uno fra i seguenti sintomi: pensieri intrusivi relativi alla relazione perduta; intensa sensazione di dolore emotivo, pena, sofferenza derivata dalla perdita della relazione; desiderare intensamente il ritorno della persona che è venuta a mancare.

Criterio C

Sintomi cognitivi, emozionali, e comportamentali: la persona deve presentare, con una frequenza quotidiana e con un'intensità tale da essere vissuta come stressante o invalidante, almeno 5 dei seguenti sintomi: confusione rispetto al proprio ruolo nella vita o diminuito senso di sé; difficoltà nell'accettare la perdita subita; evitamento dei ricordi riferiti alla veridicità dell'esperienza della perdita; impossibilità a credere

negli altri dopo la perdita; amarezza o rabbia relativa alla perdita; difficoltà nel portare avanti la propria vita; assenza di emozioni dopo la perdita; sentire che la vita è vuota, priva di significato; sentirsi scioccato, cristallizzato, sospeso, svuotato.

Criterio D

Durata: almeno 6 mesi dall'inizio del distress da separazione.

Criterio E.

Criterio di danno: il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti di vita.

Criterio F.

Relazione con altri disturbi mentali: Deve essere esclusa la possibilità che tali effetti siano determinati da una condizione psicologica pre-esistente o da una condizione medica intercorrente e che i sintomi non possano essere spiegati come un Disturbo depressivo maggiore, come un Disturbo d'ansia generalizzato o come un Disturbo da stress post traumatico.

Secondo (Simon et al., 2011) i criteri per fare diagnosi di CG sono:

Criterio A

Il soggetto è in lutto, cioè ha sperimentato la morte di un caro, da almeno 6 mesi.

Criterio B.

Almeno uno dei seguenti sintomi di dolore persistente, intenso, acuto, è presente per un periodo più lungo rispetto a quello previsto dagli altri appartenenti all'ambiente sociale o culturale del soggetto: persistente, intenso desiderio o nostalgia per la persona morta; frequenti intensi sentimenti di solitudine o come se la vita fosse vuota o priva di significato senza la persona che è morta; pensieri ricorrenti che è ingiusto, senza senso o insopportabile dover vivere quando una persona cara è morta o sentire il desiderio ricorrente di morire per ritrovare o ricongiungersi al defunto; pensieri

frequenti, ossessivi, relativi alla persona morta, ad esempio immagini della persona che si inseriscono nelle normali attività o interferiscono con il funzionamento

Criterio C.

Almeno 2 dei sintomi seguenti sono presenti da almeno 1 mese: ruminazioni frequenti e disturbanti circa le circostanze o le conseguenze della morte, ad esempio, preoccupazioni su come o perché la persona è morta, o di non essere in grado di far fronte ai problemi senza la persona amata, l'idea di averla delusa; sensazione ricorrente di incredulità o incapacità di accettare la morte, come se

il soggetto non possa credere o accettare che la persona amata è realmente

morta; persistente sensazione di sentirsi scioccato, stordito, confuso, o emotivamente insensibile da dopo la morte; sentimenti ricorrenti di rabbia o amarezza in relazione alla morte; persistente difficoltà a fidarsi o a preoccuparsi di altre persone o provare forte invidia degli altri che non hanno sperimentato una perdita simile; provare spesso vivendo i dolori o altri sintomi che il defunto aveva, o sentire la voce o vedere la persona deceduta; provare un'intensa reattività emotiva o una fisiologica reattività ai ricordi della persona morta o al ricordo della perdita; cambiamenti nel comportamento per eccessivo evitamento o, al contrario,

ricerca di eccessiva vicinanza, ad esempio, evitare di andare in luoghi, fare cose, o avere contatto con cose che ricordano la perdita, o sentirsi attratti da ciò che ricorda la persona, come voler vedere, toccare, sentire, o odorare cose che fanno sentire vicino alla persona morta.

Criterio D.

I sintomi e la disabilità durano almeno da 1 mese

Criterio E.

I sintomi causano sofferenza clinicamente significativa o compromissione in aree

importanti del funzionamento sociale, lavorativo o di altro tipo, l'alterazione è non è meglio spiegata come una risposta culturalmente adeguata.

All'interno della Quinta Edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) è stato eliminato il criterio E (cioè la "bereavement exclusion") dal DDM, cioè la necessità che, in caso di lutto, siano trascorsi almeno due mesi dall'evento prima di formulare la diagnosi di depressione maggiore.

Sono stati introdotti e definiti i criteri e le linee guida per la diagnosi del CG, più specificatamente denominato "Disturbo da lutto persistente complicato". Questa patologia è stata inserita all'interno di un più ampio capitolo denominato "Condizioni che necessitano di ulteriori studi" (Sezione III del DSM-5), che ci fa capire come per questa condizione clinica, insieme a molte altre, sia necessario ed auspicabile il proseguimento degli studi e nuove ricerche future.

I criteri di diagnosi sono stati stabiliti da un Expert Consensus sulla base di review della letteratura scientifica, di nuove analisi dei dati e, quando disponibili, di esperimenti sul campo.

Occorre specificare che la Task Force ha stabilito che esisteva un'evidenza insufficiente per giustificare l'inclusione di queste proposte tra le diagnosi ufficiali di disturbo mentale della Sezione II, per cui questi set di criteri proposti non sono finalizzati all'uso clinico.

Gli studiosi hanno preferito la denominazione "Disturbo da lutto persistente complicato" poiché il termine "Lutto complicato" potrebbe generare confusione rispetto al Complicated Bereavement che nel DSM-IV si riferisce ai sintomi di depressione maggiore sviluppati nel contesto di una reazione di lutto (Paul et al., 2007), mentre il termine "Lutto traumatico" potrebbe creare confusione con il DSPT. Inoltre il termine "prolungato" evidenzia immediatamente la natura del disturbo.

Nel DSM-5 i criteri per porre diagnosi di CG sono la presenza di almeno uno dei seguenti sintomi per un periodo di tempo di almeno sei mesi complessivi e devono essere trascorsi almeno 12 mesi (6 mesi nei bambini) dal momento della morte di una persona con la quale l'individuo aveva una relazione stretta (Criterio A e B)

I sintomi sono: un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta (Criterio B1), profondo dolore e frequenti crisi di pianto (Criterio B2), preoccupazione per la persona deceduta (Criterio B3) e per il modo in cui la stessa è morta (Criterio B4).

Per la diagnosi, inoltre sono richiesti sei sintomi aggiuntivi: marcata difficoltà nell'accettare che l'individuo sia morto tanto che la persona che ha subito il lutto si comporta come se la persona non fosse deceduta (ad esempio lascia gli indumenti nell'armadio, non sposta nessun oggetto appartenuto alla persona morta, continua a comprare la sua rivista preferita)(Criterio C1), non crede che la persona sia davvero morta (Criterio C2), incapacità di pensare o di ricordare la persona deceduta senza provare un profondo dolore (Criterio C3), cordoglio e rabbia per la perdita subita (Criterio C4), senso di colpa per la morte della persona cara e sensazione di impotenza, il soggetto pensa che avrebbe potuto e dovuto fare qualcosa per modificare il corso degli eventi (Criterio C5), il soggetto tenta in modo esagerato di evitare luoghi, persone ed oggetti che possano rievocare il ricordo della persona deceduta (Criterio C6), prova il desiderio di morire per poter tornare ad essere vicino alla persona amata (Criterio C7), mancanza di fiducia verso le persone ancora in vita (Criterio C8), sensazione di solitudine e tendenza all'isolamento e al distacco (Criterio C9), pensano che la vita non ha più un senso in mancanza del deceduto (Criterio C10), sensazione di aver perso una parte di se stessi (Criterio 11) e incapacità di impegnarsi nella vita lavorativa, rifiuto di continuare a perseguire i propri obiettivi e apatia nei confronti della sfera affettiva e sociale (Criterio 12).

Tutti questi sintomi nell'insieme devono determinare una compromissione della qualità della vita e del funzionamento sociale e lavorativo (Criterio D). Infine, l'intensità con cui si manifestano i sintomi deve essere sproporzionata e nettamente superiore rispetto alla realtà culturale e religiosa del soggetto stesso (Criterio E).

2.2.2 Fattori di rischio, comorbilità, conseguenze.

Esistono dei fattori che possono facilitare l'insorgenza e lo sviluppo di CG e questi fattori sono: sesso femminile, anamnesi positiva per disturbi dell'umore o d'ansia, pregressi traumi o perdite, scarso supporto sociale, il tipo di relazione con la persona deceduta (figlio, partner, conoscente), l'eccessiva dipendenza dalla persona deceduta prima della morte, la modalità con cui si è verificato il decesso cioè morti improvvise, inaspettate, violente, premature o dovute a suicidio o omicidio. È stato visto che anche le morti avvenute in seguito ad un disastro ambientale o a seguito di malattie protratte, complicate e sofferte si associano allo sviluppo di Lutto complicato. Costituiscono ulteriori fattori di rischio per CG il non essere presenti al momento della morte, o la convinzione di non essere stati abbastanza vicini e di conforto per il defunto, o dubbi circa le cure prestate e la perdita di un sostentamento economico come conseguenza di problematiche nella gestione di eventuali eredità. (Carmassi, et al., 2013b)

In altri studi (Latham & Prigerson, 2004) è stato dimostrato che i soggetti con CG hanno più probabilità di essere di sesso femminile, non caucasica, con un minor numero di anni di istruzione, un reddito più basso prima della perdita, un punteggio più basso nella scala sostegno sociale ISEL.

Molti studi hanno contribuito a chiarire quali potessero essere i fattori di rischio per lo sviluppo di CG, ad esempio una storia d'ansia di separazione nell'infanzia (Vanderwerker, Jacobs, Parkes, & Prigerson, 2006), genitori eccessivamente rigidi e autoritari (Johnson, Zhang, Greer, & Prigerson, 2007), abusi da parte dei genitori o un loro decesso (Silverman & Schonberg, 2001), parentela stretta con il defunto (Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer, 2005), dipendenza dal coniuge (van Doorn et al., 1998), e il fatto che il decesso avvenga in maniera improvvisa e inaspettata, con impossibilità

di prepararsi ad affrontare l'evento (Barry et al., 2001), la perdita di una persona alla quale si era profondamente legati (Zisook & Shear, 2009), il genere femminile (Kersting & Kroker, 2010; Neria et al., 2007).

La prevalenza del Disturbo da lutto persistente complicato è circa del 2,4-4,8 %.

I più comuni disturbi in comorbidità con il CG sono il Disturbo depressivo maggiore (DDM), il Disturbo da stress post-traumatico (DSPT) e il Disturbo da uso di sostanze.

Il Disturbo da lutto persistente complicato è associato a deficit del funzionamento lavorativo e sociale, ma anche a comportamenti dannosi per la salute. Si denota in questi soggetti un aumentato consumo di tabacco, alcool, droghe, cibo e questo a lungo termine determina un aumento dei rischi per condizioni mediche gravi come disturbi cardiaci, ipertensione, cancro, deficit immunologici.

2.2.3 Diagnosi differenziale.

Il CG va differenziato da altre condizioni cliniche che manifestano un profilo sintomatologico simile.

Precedentemente abbiamo già definito le differenze tra un Lutto normale e il CG, ovvero il secondo si distingue dal primo in quanto la sintomatologia persiste per almeno 12 mesi dopo la morte della persona cara, ed è di intensità più elevata così da interferire sulla qualità della vita e sul funzionamento lavorativo.

Il CG va differenziato anche dal DDM. In entrambe queste condizioni cliniche si ha la presenza di sintomi depressivi e tendenza alla suicidalità, ma nel CG questi sintomi sono strettamente correlati alla persona deceduta. Nel CG la depressione è dovuta solo alla perdita della persona amata, mentre nel DDM i sentimenti di colpa e depressione sono generalizzati. Nel CG la suicidalità deriva dal desiderio del soggetto di ricongiungersi con la persona deceduta, nel DDM il malato pensa che non ha senso vivere a causa della disperazione che lo affligge dettata dal senso di inadeguatezza che sente. Nel CG il soggetto è convinto che tutto tornerebbe alla normalità se solo la persona persa tornasse in vita, questo manca nel DDM dove il soggetto sente che non c'è possibilità alcuna di essere felice.

Molti studi hanno dimostrato che c'è una relazione stretta tra DDM e CG.

Nello studio di Clayton (P. Clayton, Desmarais, & Winokur, 1968) fu dimostrato che il 42% dei soggetti in esame soddisfaceva i criteri diagnostici per DDM a un mese dalla morte della persona cara e che il 16% li soddisfaceva ancora a un anno dalla perdita.

Un altro studio di Zisook (Zisook et al., 1994; Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus, & Judd, 1994) valutava l'associazione tra DDM e CG e dimostrava come il CG fosse invalidante.

Un campione di 350 vedove e vedovi sono stati valutati per i sintomi depressivi e altri sintomi che potessero compromettere la qualità della vita a 2 , 13 , e 25 mesi dopo la

morte del coniuge. I risultati dello studio hanno evidenziato che il DDM era presente nel 24% dei casi a 2 mesi dalla perdita, nel 23% a 7 mesi, nel 16% a 13 mesi e nel 14% a 25 mesi; questo ha confermato l'ipotesi iniziale per cui il CG è associato ad una sintomatologia depressiva che persiste nei primi due anni dopo il lutto. Alla luce di questa stretta correlazione la diagnosi differenziale tra CG e DDM assume un'importanza rilevante.

La presenza in contemporanea dei due disturbi CG e DDM aggrava la prognosi del CG, poiché ritarda il processo di elaborazione del lutto. Il DDM è, infatti, caratterizzato dall'inibizione emotiva tipica della depressione che però priva il soggetto della capacità di reagire di fronte ad una situazione di dolore generato dal lutto, inoltre l'atteggiamento pessimistico tipico della depressione favorisce la tendenza alla ruminazione sulle circostanze e sulle conseguenze della morte, infine la tendenza all'isolamento porta a ridurre i contatti interpersonali che sarebbero, invece, positivi nella elaborazione del lutto. (Bolton et al., 2013; Dell'osso et al., 2011; Dell'Osso et al., 2012; Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov, & Kreicbergs, 2008; M. K. Shear, 2012b)

Il CG va differenziato dal DSPT, infatti in entrambe le condizioni sono presenti pensieri intrusivi e di evitamento. Nel CG i pensieri intrusivi di evitamento correlano con il defunto e riguardano sia aspetti positivi che negativi (cioè il soggetto evita anche i bei ricordi perché tutto ciò che è relativo alla persona defunta determina sofferenza) e i sintomi sono caratterizzati da impotenza, tristezza, nostalgia. Nel DSPT i pensieri intrusivi e di evitamento riguardano solo il trauma e l'evento stressante e i sintomi sono soprattutto paura intensa, ansia e ipervigilanza. Inoltre nel DSPT il trauma è un evento limitato nel tempo, mentre nel CG l'evento traumatico si prolunga per tutta la vita del soggetto che dovrà ridefinire i propri obiettivi e riorganizzare la propria vita in considerazione del fatto che la persona deceduta non ne farà più parte.

Il CG deve essere differenziato anche dal Disturbo di ansia da separazione, nel primo l'ansia è dovuta alla perdita della persona deceduta (l'ansia insorge al pensiero di dover affrontare il futuro senza la persona deceduta), nel secondo l'ansia è generata per la separazione da figure di attaccamento.(Carmassi, et al., 2013b)

2.3 Lutto correlato al suicidio.

Di recente l'attenzione si è focalizzata nel cercare di capire come la morte di una persona attraverso il suicidio potesse influire con lo sviluppo di CG nei soggetti che erano legati emotivamente a quella persona quando era in vita. Dalla letteratura emerge che la morte tramite suicidio di una persona amata sia associata a uno scarso recupero della persona che ha subito il lutto, ad alti tassi di distress psicologico e morbilità psichiatriche, come ad esempio il Disturbo depressivo maggiore (MD), il Disturbo da uso di sostanze e il Disturbo da stress post-traumatico (DSPT) (D. A. Brent, Moritz, Bridge, Perper, & Canobbio, 1996; D. Brent, Melhem, Donohoe, & Walker, 2009; McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008; Tal Young, et al., 2012).

Il lutto per suicidio di una persona cara è un evento stressante che porta allo sviluppo di dolore che può non risolversi e prolungarsi nel tempo fino a diventare patologico, tanto che il CG ha caratteristiche sintomatologiche simili al DSPT, questo a sostegno del fatto che c'è una stretta relazione tra il CG e lo sviluppo di DSPT.(Maercker & Lalor, 2012)

La perdita attraverso il suicidio è inaspettata e scioccante e per queste ragioni il processo di elaborazione del lutto può essere più impegnativo.

È stato anche analizzato un gruppo di veterani di guerra per valutare come l'esposizione al suicidio potesse influire sulla morbilità psichiatrica di questi soggetti. Si è visto che l'esposizione al suicidio, ma anche la tipologia di relazione che c'era con il defunto prima della morte (il grado di amicizia o di eventuale parentela), l'esposizione multipla al suicidio o a morti traumatiche sono tutti fattori che aumentato in modo significativo il rischio di commettere suicidio da parte della persona in lutto e aumenta la morbilità psichiatrica con un aumentato rischio di

sviluppare Lutto complicato e Disturbo depressivo maggiore. (Cerel et al., 2015; McMenamy, et al., 2008; Tal Young, et al., 2012)

Gli studi hanno suggerito che i sensi di colpa, un senso di rifiuto e la vergogna sono più frequenti nei parenti in lutto per suicidio rispetto a quelli in lutto per altre modalità di morte. (Harwood, Hawton, Hope, & Jacoby, 2002). Utilizzando “The Yale Evaluation of Suicidality scale” e “The Inventory of Complicated Grief-Revised”, è stato dimostrato che i soggetti con CG hanno “alta suicidalità” di 6.58 volte superiore rispetto a chi non ha sviluppato CG, la probabilità di suicidio aumenta se i soggetti in esame presentano associati altri fattori quali il sesso femminile, il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM), il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Il CG può quindi essere considerato un fattore di rischio psichiatrico per l’ideazione e il tentato suicidio. (Latham & Prigerson, 2004).

È stato dimostrato in uno studio (Qin & Mortensen, 2003) che la morte di un figlio aumenta notevolmente il rischio di suicidio dei genitori, questo ci interessa per vedere come la tipologia di relazione esistente tra la persona che ha subito il lutto e la persona deceduta possa essere considerata un fattore predittivo della possibilità di sviluppo di complicanze come il Lutto complicato e quindi l’aumentato rischio di suicidio; questo è ancora più vero se si tratta del sesso femminile che risulta essere più sensibile e quindi più predisposto a sviluppare CG e relative complicanze. Essendo un argomento molto rilevante, negli ultimi anni, un crescente numero di ricerche hanno provato a differenziare il lutto per suicidio dal lutto per altri tipi di morte, tuttavia i risultati sono controversi. Da una parte sembra che il lutto per suicidio sia qualitativamente differente dall’esperienza di lutto dopo la perdita di una persona per morte naturale, infatti sembra essere associato a sentimenti di auto colpa, vergogna, senso di rifiuto, ad una peggiore salute psichiatrica e generale (Cvinar,

2005; Groot, Keijser, & Neeleman, 2006; Harwood, et al., 2002; Tal Young, et al., 2012). Dall'altra parte diversi studi suggeriscono che il lutto per suicidio sia più simile che diverso dalla reazione da lutto per morti improvvise e violente (queste includono non solo il suicidio, ma anche omicidio e incidenti). Perciò alcuni autori hanno suggerito che, piuttosto che focalizzarsi soprattutto sui sopravvissuti al suicidio, le ricerche dovrebbero richiamare l'attenzione sulla morte improvvisa in generale come un fattore che può essere associato con una reazione post-traumatica e lutto complicato (Begley & Quayle, 2007; Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003). Solo pochi studi hanno analizzato così approfonditamente l'attacco di CG nel periodo successivo all'esperienza di suicidio. Dyregrov (2003) ha riportato elevate percentuali 57-78% di CG tra i genitori di bambini suicidati. Mitchell (Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer-Stephens, 2004) ha riportato che le percentuali di CG nei sopravvissuti al suicidio erano doppie rispetto a quelle riportate nella popolazione generale (43% vs 10-20%) e che i sopravvissuti che avevano una relazione stretta con il defunto (era un parente, un amico, un collega di lavoro) sviluppavano CG due volte in più spesso rispetto ai meno legati (57% to 80% vs 14% to 28%). Inoltre la presenza dei sintomi di CG in un gruppo di adolescenti che avevano perso una persona cara in seguito a suicidio sembrano predire l'inizio di DDM o di DSPT (Melhem et al., 2004). Diversi studi hanno indagato la possibile relazione tra l'inizio del CG e l'aumento del tasso di suicidi dopo la morte per suicidio della persona amata, ed è stata così dimostrata una significativa correlazione tra le due condizioni (Latham & Prigerson, 2004; Mitchell, et al., 2005; Prigerson, Bridge, et al., 1999).

In uno dei suoi studi Latham (Latham & Prigerson, 2004) ha cercato di caratterizzare l'associazione tra la diagnosi di CG e la suicidalità. Sulla base dei dati raccolti è stata dimostrata questa associazione attraverso le analisi sia trasversali che longitudinali. I

risultati di questo studio indicano che i soggetti in lutto che soddisfano i criteri per CG sono ad un rischio significativamente elevato di suicidalità che rimane tale dopo il controllo per MDD e PTSD, suggerendo che il CG è un fattore di rischio indipendente per suicidalità.

2.4 Obiettivo dello studio.

Gli studi clinici ed epidemiologici degli ultimi anni hanno evidenziato come la perdita di una persona cara tramite suicidio sia strettamente correlata con lo sviluppo di Lutto complicato. Inoltre, l'introduzione da parte del DSM-5 dei criteri diagnostici per il Disturbo da lutto persistente complicato, sottolinea come la letteratura abbia recepito l'importanza che assume lo sviluppo di Lutto complicato sulla qualità della vita e sul funzionamento socio-lavorativo di chi ne soffre.

È ormai riconosciuto che il Disturbo da lutto persistente complicato sia strettamente correlato alla modalità della morte, in particolare il suicidio. Inoltre la probabilità di sviluppare CG è maggiore in relazione al sesso femminile e alla tipologia di rapporto che la persona in lutto aveva con il deceduto prima della morte.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze nessuno studio ha confrontato la risposta al lutto per suicidio rispetto al lutto complicato prendendo in considerazione il profilo sintomatologico.

Alla luce di tali considerazioni lo scopo del nostro studio è stato quello di comparare il profilo sintomatologico del Lutto complicato con quello dei sopravvissuti al suicidio, per valutare le similitudini e le differenze.

3. MATERIALE E METODO.

3.1 Disegno dello studio.

Per la valutazione sintomatologica abbiamo somministrato un questionario, l'ICG (Inventory of Complicated Grief), in un campione di pazienti suddiviso in tre gruppi sulla base delle caratteristiche comuni.

Il primo gruppo è rappresentato dai pazienti che hanno riportato la perdita di un parente o di una persona per loro importante tramite suicidio, in conseguenza della quale hanno sviluppato CG.

Il secondo gruppo include i pazienti con una diagnosi di CG relativa alla perdita di una persona cara per qualsiasi ragione eccetto il suicidio.

Infine il terzo gruppo comprende i soggetti di controllo, i quali hanno avuto esperienza di perdita ma senza sviluppare la sintomatologia del CG né altri disordini psichiatrici.

Il campione reclutato nel presente studio ha incluso 99 adulti che, al momento del reclutamento, avevano avuto l'esperienza di morte di una persona per loro importante, in particolare: 22 sopravvissuti al suicidio (SS), 36 pazienti con complicated grief (CG) e 41 soggetti di controllo (CTL). In tutti i casi la perdita della persona amata è avvenuta almeno 6 mesi prima del reclutamento nello studio, in accordo con recenti studi relativi al profilo sintomatologico del CG (Prigerson, et al., 2009; M. K. Shear, et al., 2011a).

Tutti i pazienti con CG furono arruolati tra i soggetti alla ricerca di un trattamento presso le strutture ambulatoriali del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa, i quali avevano una diagnosi di Disturbi dell'umore o Disturbi d'ansia. La

diagnosi di CG era stata fatta sulla base di una valutazione clinica da parte dei medici dopo aver chiesto ai pazienti di compilare il questionario ICG.

I sopravvissuti al suicidio erano reclutati al Dipartimento di Psichiatria di Padova tra i parenti e gli amici di persone morte per suicidio e che erano alla ricerca di un trattamento dopo che è avvenuta la perdita.

Parteciparono allo studio un gruppo di controllo senza disturbi clinici che furono reclutati tra coloro che erano presenti al Dipartimento di Oftalmologia dell'Università di Pisa per una visita di controllo, fu somministrato il questionario anche ai relativi parenti e amici. I soggetti appartenenti al gruppo di controllo non presentavano alcuna diagnosi di malattie psichiatriche nel corso della vita, nessuna storia di terapia psicologica ne psichiatrica e riportavano la morte di una parente stretto o di una persona cara avvenuta almeno 6 mesi prima del reclutamento nello studio.

I criteri di esclusione sono: disturbi neurologici o la presenza di sintomi psicotici e problemi cognitivi che impedivano ai soggetti di compilare il questionario.

Il Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria di Pisa ha approvato tutte le procedure di reclutamento e di valutazione. Lo studio è stato condotto in conformità con la Dichiarazione di Helsinki. I soggetti idonei firmarono il consenso informato scritto, dopo aver ricevuto una completa ed esaustiva descrizione dello studio e aver avuto l'opportunità di fare domande sullo stesso. I soggetti in esami non hanno ricevuto nessun tipo di pagamento per la loro partecipazione allo studio, in accordo con la legge italiana sugli studi clinici.

3.2 Strumenti di valutazione.

La valutazione diagnostica ha incluso la SCID-I/P e la versione italiana dell'ICG.

L'intervista Clinica Strutturata per i Disturbi sull'Asse I del DSM-IV (SCID-I) è un esame diagnostico utilizzato per determinare i disturbi del DSM- IV Asse I (principali disturbi mentali). È un'intervista clinica semi-strutturata utilizzata per la formulazione delle diagnosi principali dell'Asse I del DSM-IV in pazienti di area psichiatrica e di medicina generale.

Il test è diviso in sei moduli:

- Modulo A: Episodi dell'Umore
- Modulo B: Sintomi Psicotici e Associati
- Modulo C: Disturbi Psicotici
- Modulo D: Disturbi dell'Umore
- Modulo E: Disturbo da Uso di Sostanze Psicoattive
- Modulo F: Disturbi d'Ansia
- Modulo G: Disturbi Somatomorfi
- Modulo H: Disturbi dell'Alimentazione
- Modulo I: Disturbi dell'Adattamento
- Modulo J: Modulo Opzionale.

L'Inventory of Complicated Grief (ICG) è lo strumento attualmente riconosciuto a livello internazionale per la diagnosi di CG.

È un questionario composto da 19 campi di controllo (items) e coloro che devono rispondere assegnano un punteggio sulla base della loro esperienza in una scala di 5 punti (da 0, cioè assenza della patologia, a 4, cioè massima gravità di espressione

della patologia), le possibili risposte vanno da “mai” a “sempre” (0 = mai; 1 = raramente; 2 = qualche volta; 3 = spesso; 4 = sempre). La versione italiana dell'ICG è stata di recente convalidata sulla base di uno studio su 229 soggetti in lutto (Carmassi et al., 2014; W. Middleton, Burnett, Raphael, & Martinek, 1996) e appare essere uno strumento di facile uso per valutare il CG. Come suggerito dagli ultimi studi la soglia per fare diagnosi di CG è oggi riconosciuta in un punteggio totale ≥ 30 .

3.3 Le analisi statistiche

Gli effetti della diagnosi e del genere, oltre a quello della loro possibile interazione, sono stati valutati sul totale del punteggio ICG mediante analisi bidirezionale della varianza (ANOVA).

Al fine di confrontare i tassi di approvazione di ciascuna delle voci ICG abbiamo dicotomizzato le risposte al questionario ICG. Le risposte da 0 a 2 sono state codificate come “assenza della patologia”, mentre le risposte da 3 a 4 sono state codificate come “presenza della patologia” e abbiamo poi calcolato il test chi-quadrato.

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando la Statistical Package for Social Science, versione 21.0 (SPSS Inc. , Chicago 2013).

4.RISULTATI

Nella Tabella 1 vediamo che le percentuali di donne presenti in ciascun campione sono simili: tra i CG sono state esaminate 28 (77,8%) donne e 8 (22,2%) uomini; tra i sopravvissuti al suicidio sono state esaminate 17 (77,3 %) donne e 5 (22,7 %) uomini; tra i CTL sono stati esaminate 32 (78,0 %) donne e 9 (22,0 %).

I pazienti con CG avevano presentato una età media di $51,4 \pm 13,6$ anni; i sopravvissuti al suicidio di $51,7 \pm 13,6$ e soggetti di controllo sani di $49,8 \pm 11,5$.

Analizzando i tre gruppi diagnostici, possiamo affermare che i soggetti che presentavano parentela stretta con il defunto erano 28 (77,8 %) tra i CG, 20 (90,9 %) tra i SS e 11 (28,2 %) tra i CTL. All'interno della parentela stretta includiamo coniuge, genitore, figlio e germani. I soggetti che invece avevano parentela non-stretta erano 8 (22,2 %) tra i CG, 2 (9,1 %) tra i SS e 28 (71,8 %) tra i CTL. All'interno della parentela non-stretta includiamo nonni, nipoti, altro parente, altro significativo partner/fidanzato, amico/a, altro.

I dettagli di ogni tipo di relazione tra quelli con parentela stretta e quelli con parentela non-stretta all'interno di ciascun campione esaminato sono mostrati in Figura 1.

Le analisi dei punteggi totali all'ICG nei tre gruppi diagnostici mostrano valori (media \pm DS) di $38.89\pm10,33$ per i CG, 31.82 ± 13.41 per i sopravvissuti al suicidio, e 6.88 ± 7.37 nei CTL, evidenziando una differenza statisticamente significativa nei tre campioni di soggetti esaminati [$F(2,96)=105.83$, $p<.001$].

In particolare, utilizzando per i confronti POST-HOC il GAMES-HOWEL risulta che i CTL hanno un punteggio significativamente più basso sia dei CG (6.88 ± 7.37 vs 38.89 ± 10.33 , $p < .001$) che degli SS (6.28 ± 7.37 vs 31.82 ± 13.41 $p < .001$).

Abbiamo poi suddiviso i CG ed i sopravvissuti al suicidio in sottogruppi in base al tipo di relazione che c'era con il defunto quando era ancora in vita, cioè i soggetti con parentela stretta e quelli con parentela non-stretta appartenenti a ciascun gruppo. Le analisi mostrano punteggi rispettivamente di (39.7 ± 10.06 vs 36.1 ± 11.5 e 32.7 ± 13.5 vs 22.5 ± 10.6).

I dettagli dei valori dei punteggi ICG di ciascun sottogruppo e divisi per genere sono riportati in Tabella 2.

L'analisi bidirezionale ANOVA ha mostrato effetti significativi della diagnosi [$F(2,93)=74.01$, $p < .001$] e del genere [$F(1,93)=14.03$, $p < .001$] sul totale ICG. Inoltre, abbiamo osservato un'interazione significativa tra la diagnosi ed il genere [$F(2,93)=4.53$, $p=.013$]. In particolare per quanto riguarda i maschi, i soggetti con CG hanno mostrato un punteggio totale ICG più alto rispetto ai SS (34.25 ± 10.28 vs 17.20 ± 7.22 , $p=.013$) ed i CTL (34.25 ± 10.28 vs 5.89 ± 8.50 , $p < .001$); per quanto riguarda le femmine, i pazienti con CG e SS hanno mostrato un punteggio totale ICG significativamente superiore rispetto ai CTL (40.21 ± 10.13 vs 7.14 ± 1.26 , $p < .001$, and 36.12 ± 11.68 vs 7.14 ± 1.26 , $p < .001$, rispettivamente). Non sono emerse differenze significative tra i soggetti con CG rispetto ai SS ($p=.464$).

Andando ad esaminare, mediante l'analisi bidirezionale ANOVA, l'eventuale interazione tra diagnosi e genere con il punteggio totale all'ICG è emersa un'interazione non solo con la prima, come già riportato, ma anche con il secondo. È

interessante osservare come il punteggio totale all'ICG sia simile tra uomini e donne nel campione dei soggetti di controllo e nel campione dei CG (sebbene questi ultimi presentino comunque dei punteggi leggermente superiori per le donne). Le donne sopravvissute al suicidio di una persona cara presentavano un punteggio totale all'ICG più alto degli uomini. Questo sembra confermare che le donne sono più suscettibili degli uomini allo sviluppo di una sintomatologia di intensità più elevata in seguito nel processo di elaborazione del lutto, in particolare se la morte della persona cara è avvenuta per suicidio della stessa. Quanto detto viene illustrato in Figura 2.

Gli SS avevano punteggi più alti in item 6, 7, 9, 10, 12 nei quali tuttavia veniva confermata una differenza statistica significativa ($p < .005$), con $CG > CTL$ e $SS > CTL$. La stessa differenza significativa emergeva per gli item 3, 8, 17, 13 dove le percentuali di risposta positiva erano pressoché sovrapponibili tra CG e SS eccetto che per l'ultime item dove gli SS avevano un punteggio intermedio tra CG e CTL. Una differenza statistica significativa ($p < .005$) con $CG > SS > CTL$ emergeva per gli item 1, 3, 4. $CG > SS$ significativamente e $CG > CTL$ per gli item 2 e 18. Come illustrato nella Tabella 3.

5. DISCUSSIONE

Questo studio evidenzia, per la prima volta, il differente profilo sintomatologico tra i pazienti CG e quelli sopravvissuti al suicidio di una persona cara, sulla base dei punteggi totali all'ICG.

In accordo con la letteratura (Kersting & Kroker, 2010; Latham & Prigerson, 2004), il nostro campione di CG è caratterizzato da una prevalenza del genere femminile. È interessante osservare come anche il campione di SS che si erano presentati presso il Dipartimento di Psichiatria di Padova per una valutazione clinica fossero prevalentemente donne.

Dall'analisi dei nostri dati le donne sembrano dimostrare una maggiore predisposizione rispetto agli uomini allo sviluppo di CG e SS.

Come riportato nella Tabella 2 non emergevano differenze statisticamente significative per il grado di parentela esistente con la persona deceduta tra i CG ed i SS.

I nostri dati (Figura 2) dimostrano punteggi medi totali all'ICG significativamente più alti nei sopravvissuti al suicidio e nei CG rispetto ai soggetti sani di controllo. Dati della letteratura (Mitchell, et al., 2004; Mitchell, et al., 2005; Tal Young, et al., 2012) riportano come ben il 43 % di 60 soggetti sopravvissuti al suicidio avesse una diagnosi di CG, che è considerata valida con un punteggio totale all'ICG >25, in accordo con i vecchi criteri.

Osservando il grado di parentela all'interno del nostro campione di CG, in relazione al punteggio totale all'ICG, non sono emerse differenze significative tra maschi e femmine, mentre, in accordo con dati precedenti della letteratura, sono emerse differenze all'interno del nostro campione di SS.

Analogamente, Mitchell et al., (2004) in un campione di 60 soggetti sopravvissuti al suicidio di una persona cara riportavano punteggi reali totali ICG 37.44 ± 14.16 in coloro che avevano perso un parente stretto mentre del 17.27 ± 8.67 in coloro che avevano perso una persona con minor grado vicinanza. In linea con questi dati, i nostri risultati sembrano suggerire come nei SS una relazione più stretta possa predisporre a reazioni di tipo Lutto complicato. Pochi autori hanno esaminato le risposte al lutto nei sopravvissuti al suicidio basandosi sul tipo di relazione che avevano con il deceduto prima della sua morte, ma quando hanno esaminato la relazione con gruppi misti di sopravvissuti i risultati sono stati equivoci. Per esempio (McIntosh & Kelly, 1992) trovarono poche differenze tra le risposte al lutto per la perdita di genitori, coniugi, figli, germani di una vittima di suicidio. (Reed & Greenwald, 1991) trovarono che i punteggi relativi alla perdita del genitore mostravano nei sopravvissuti al suicidio un senso di colpa, di vergogna e di shock maggiore rispetto a coloro che avevano perso il coniuge. Mentre i punteggi relativi al lutto per la perdita di figli e germani mostravano valori intermedi tra quelli dei genitori e dei coniugi (sebbene i valori fossero più simili a quelli dei coniugi). Non c'erano differenze significative tra i sentimenti di colpa, di vergogna e shock per la perdita del figlio e dei germani sebbene questi sentimenti fossero maggiormente espressi nei sopravvissuti al suicidio e significativamente maggiore nei soggetti sopravvissuti alla morte di una persona cara per morte accidentale. Loro esaminarono anche il grado di attaccamento alla vittima nei sopravvissuti in base alla risposta positiva o negativa in merito all'affermazione "Io ero molto vicino al deceduto" e trovarono che invece, l'attaccamento dei sopravvissuti al suicidio era di intensità più elevata rispetto al punteggio mostrato in relazione al grado di parentela, in considerazione delle differenze nell'intensità della risposta al lutto. Per concludere

è stato ampiamente riconosciuto che la perdita attraverso la morte di un figlio, un genitore o un coniuge sono eventi di vita estremamente stressanti e questo è ancora più vero se la morte avviene in conseguenza del suicidio degli stessi.

Paragonando il profilo sintomatologico tra i CG e i SS, in relazione al punteggio totale all'ICG, è emerso come i CG avessero dei punteggi nettamente superiori sia ai SS che ai CTL per quanto riguarda gli item 2 e 18, rispettivamente "I ricordi della persona deceduta mi turbano..." e "Provo invidia nei confronti di coloro che non hanno perso qualcuno vicino...". In particolare l'item 2 esplora la sensazione di turbamento generata dal ricordo di quando la persona amata era in vita. Che può essere ricondotta al criterio C3 della SCID-I per la diagnosi proposta per Persistent Complex Bereavement Disorder (*PCBD*), ovvero la difficoltà ad abbandonarsi ai ricordi positivi che riguardano il deceduto. È interessante che per questo item la SCID-I richiede la presenza di turbamento solo in presenza di ricordi positivi mentre nell'ICG il turbamento è generato dai ricordi in generale, quindi sia positivi che negativi. In questo caso i SS avevano punteggi intermedi tra CG e CTL. Per quanto riguarda l'item 18 invece sembra emergere come la sensazione di invidia sia peculiare dei CG, mentre punteggi pressoché sovrapponibili sembrano emergere tra SS e CTL. È interessante notare che il sentimento di invidia non sia presente nei criteri di diagnosi di PCBD del DSM-5.

I CG avevano inoltre punteggi significativamente superiori dei SS che a loro volta erano superiori dei CTL per gli item 1, 3 e 4 che sono rispettivamente "Penso a questa persona così tanto che è difficile per me fare le cose che normalmente faccio...", "Sento che non posso accettare la morte di quella persona..." e "Sento di desiderare fortemente la persona deceduta...". L'item 1 corrisponde al criterio B2 (dolore emotivo in seguito alla morte) della SCID-I per la diagnosi di PCBD, l'item 3

corrisponde al criterio C1 (marcata difficoltà nell'accettare la morte) e l'item 4 corrisponde al criterio B1 (nostalgia/desiderio della persona deceduta).

Al contrario emerge come il sentimento di evitamento (ICG item 12) abbia una percentuale di endorsement quasi doppia nei SS rispetto ai CG. Questo sembra confermare una reazione più marcatamente di tipo post traumatico a quello che è un evento di perdita violento, molta letteratura infatti richiama l'attenzione sulla stretta correlazione tra CG e DSPT (Amick-McMullan, Kilpatrick, & Resnick, 1991; D. Brent, et al., 2009; Currier, Holland, & Neimeyer, 2006; Dyregrov, et al., 2003; Kaltman & Bonanno, 2003; Murphy, Johnson, Wu, Fan, & Lohan, 2003; Zisook, Chentsova-Dutton, & Shuchter, 1998). Nakajima et al., 2012 evidenzia come se da un lato i tassi di prevalenza di CG ne sopravvissuti a morte violenta oscillino tra 12,5 e 78%, dall'altro i tassi di PTSD erano tra il 34 e il 52 %.

Tuttavia è importante osservare un punteggio superiore nei CG rispetto ai CTL e negli SS rispetto ai CTL negli item 5 e 12, rispettivamente "Mi sento attratto dai luoghi e le cose associate alla persona deceduta..." e "Faccio di tutto per scacciare i ricordi della persona morta..." che indagano un aspetto tipico del CG che è quello di sentirsi attratti verso persone o cose e quindi non di evitamento come invece era tipico del DSPT. Un limite infatti di questo studio è l'assenza di dati sulla comorbidità di Asse I per cui non è possibile escludere la presenza di diagnosi concomitante di DSPT.

Inoltre punteggi lievemente superiori di risposta positiva degli SS rispetto ai CG, sebbene con entrambi i gruppi significativamente superiori ai CTL, sono emersi per item 6, 7, 9 e 10 rispettivamente "Non posso evitare di essere arrabbiato per la sua morte...", "Mi sento incredulo nei confronti di quanto è accaduto...", "Da quando lui/lei è morto/a è difficile per me fidarmi delle persone..." e "Da quando lui/lei è

morto/a sento di aver perso la capacità di prendermi cura degli altri o mi sento distante dalle persone a me vicine...". Da questo si evidenzia come i sentimenti di rabbia, incredulità, isolamento e sfiducia siano presenti soprattutto nei SS e meno nei CG, in accordo con la letteratura (Mitchell, et al., 2005; Tal Young, et al., 2012).

Tal Young et al. (2012) descrive come il dolore, la tristezza e l'incredulità siano tipici del lutto per la perdita in seguito a qualsiasi tipo di morte, mentre sentimenti rifiuto, vergogna, rabbia, confusione e senso di colpa sono maggiormente espressi in chi ha subito un lutto in seguito al suicidio di una persona cara. La vergogna è dimostrata anche dal fatto che i sopravvissuti al suicidio, diversamente dai CG, tendono a nascondere la causa della morte della persona cara. Lo stigma e il trauma del suicidio della persona cara può influire negativamente sul processo di elaborazione del lutto e si somma al trauma della perdita della persona cara, per cui il dolore sperimentato dai sopravvissuti al suicidio sembra essere qualitativamente diverso dal dolore provato per altre cause di morte.(Cvinar, 2005; Feigelman, Gorman, & Jordan, 2009; Murphy, Tapper, Johnson, & Lohan, 2003). La maggior parte dei sopravvissuti al suicidio sono afflitti dalla necessità di dare un significato alla morte e non riescono a credere che sia davvero avvenuta, inoltre cercano di capire perché il deceduto ha preso la decisione di interrompere la propria vita, questo viene indagato anche all'ICG nell'item 7 "Mi sento incredulo nei confronti di quanto accaduto...". Nei SS si evidenzia anche il dubbio di non aver fatto abbastanza per la persona deceduta, tanto che si sentono responsabili per l'accaduto; i SS si sentono in colpa per la perdita e si interrogano su cosa avrebbero potuto fare di diverso per impedire alla persona cara di commettere suicidio. Il senso di colpa e di responsabilità non vengono indagati all'ICG. La rabbia, indagata all'ICG nell'item 6 "Non posso evitare di essere arrabbiato per la sua morte...", è frequente nei SS ed può essere rivolta verso la persona

deceduta, perché non ha chiesto aiuto quando era in vita, verso se stessi per non essere riusciti a comprendere il profondo dolore provato dalla persona cara quando era in vita, verso gli altri membri della famiglia, verso altri conoscenti, verso Dio o verso il mondo in generale. La rabbia nasce dalla convinzione che non è stato fatto abbastanza per impedire la morte.

Come descritto in precedenza i SS hanno un'elevata probabilità di sviluppare PCBD, che se non trattato può portare ad una cronicizzazione della sintomatologia. L'efficacia del trattamento farmacologico è ancora in fase di studio, diversi ricercatori hanno dimostrato i benefici del trattamento con SSRI come escitalopram (Simon et al., 2008; Simon, Thompson, Pollack, & Shear, 2007) e con antidepressivi come bupropione (Zisook, Shuchter, Pedrelli, Sable, & Deaciuc, 2001). Gli antidepressivi si sono dimostrati in grado di migliorare l'aderenza e la risposta alla psicoterapia, inoltre sono efficaci nel trattare le comorbidità del PCBD, ovvero la depressione e l'ideazione suicidaria (Carmassi, et al., 2013b).

La letteratura è concorde nell'affermare come una psicoterapia mirata costituisca l'intervento ideale per il PCBD (Boelen & Prigerson, 2007; Carmassi et al., 2013a; Piper, McCallum, Joyce, Rosie, & Ogrodniczuk, 2001; Piper, Ogrodniczuk, Joyce, Weideman, & Rosie, 2007; K. Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005; Tal Young, et al., 2012; Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2006).

La Complicated Grief Therapy (CGT) (Bui et al., 2013; M. K. Shear, et al., 2013; Simon, 2013) si focalizza sull'identificazione e sulla risoluzione di tutto ciò che interferisce con il processo di guarigione in modo da far ripartire l'elaborazione del lutto.

La CGT infatti mira al recupero degli interessi e della progettualità nel soggetto che si trova a vivere senza il proprio caro, oltre ad educare il paziente alla conoscenza del proprio disturbo e della sua evoluzione.

Ad oggi la CGT rappresenta il trattamento di prima scelta, mentre i farmaci dovrebbero essere riservati ad un intervento di secondo livello.

6. TABELLE E FIGURE

Tabella 1 - mostra le caratteristiche demografiche e cliniche del campione preso in esame.

	CG N=36	Suicide survivors N=22	HCS N=41	p
Età	51,4±13,6	51.7±13.6	49,8±11,5	,809
	N (%)	N (%)	N (%)	p
Donne	28 (77,8)	17 (77.3)	32 (78,0)	,998
Uomini	8 (22,2)	5 (22.7)	9 (22,0)	

- 14 missing value (13 CG and 1 Healthy control)

Tabella 2 - ICG punteggio totale \pm SD tra i maschi e le femmine in ciascun gruppo diagnostico divisi in base al tipo di relazione con il defunto.

	CG		SS		HCS	
	M	F	M	F	M	F
Parentela stretta	32,8 \pm 5,4	40,8 \pm 10,3	17,8 \pm 8,2	36,5 \pm 12	8,5 \pm 10,6	8,56 \pm 4,8
Parentela non-stretta	35,8 \pm 14,5	36,5 \pm 9,7	15 \pm ...	30 \pm ...	5,14 \pm 8,6	7,24 \pm 8

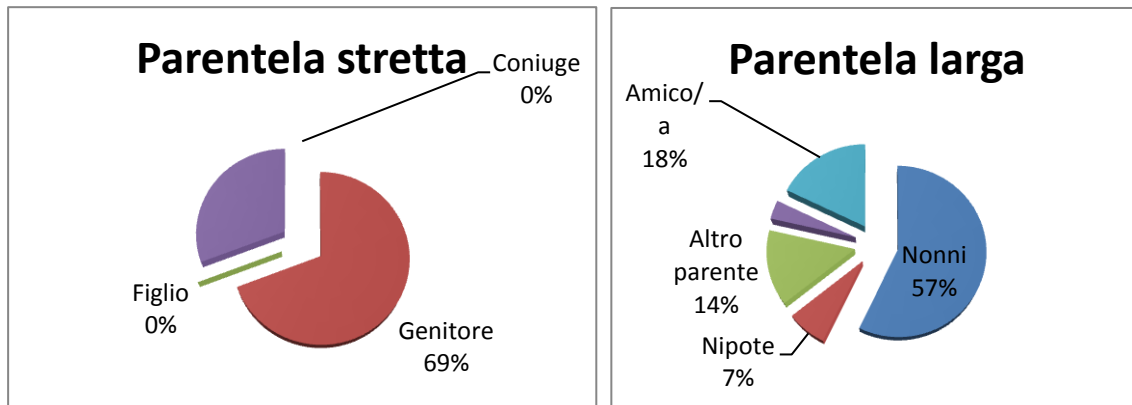
Tabella 3 – La tabella mostra il confronto di approvazione di ciascun item della ICG per diagnosi. Le risposte 3 = spesso e 4 = sempre sono quelle che sono state considerate valide per porre diagnosi.

Items	Sintomi	CG N=36 (%)	SS N=22 (%)	CTL N=41 (%)	Differenza significativa (p< .005)
1	Penso a questa persona così tanto che è difficile per me fare le cose che normalmente faccio ...	47.2	18.2	0.0	CG>SS>CTL
2	I ricordi della persona deceduta mi turbano ...	63.9	31.8	9.8	CG>SS e CG>CTL
3	Sento che non posso accettare la morte di quella persona ...	63.9	45.5	7.3	CG>SS>CTL
4	Sento di desiderare fortemente la persona deceduta ...	86.1	50.0	7.3	CG>SS>CTL
5	Mi sento attratto dai luoghi e le cose associate alla persona deceduta ...	61.1	59.1	7.3	CG>CTL e SS>CTL
6	Non posso evitare di essere arrabbiato per la sua morte ...	52.8	63.6	9.8	CG>CTL e SS>CTL
7	Mi sento incredulo nei confronti di quanto è accaduto ...	63.9	72.7	9.8	CG>CTL e SS>CTL
8	Mi sento scioccato o stordito su quanto è accaduto ...	58.3	54.5	0.0	CG>CTL e SS>CTL
9	Da quando lui/lei è morto/a è difficile per me fidarmi delle persone ...	25.0	31.8	0.0	CG>CTL e SS>CTL
10	Da quando lui/lei è morto/a sento di aver perso la capacità di prendermi cura degli altri o mi sento distante dalle persone a me vicine ...	16.7	27.3	0.0	CG>CTL e SS>CTL
11	Avverto un dolore nella stessa zona del corpo o manifesto alcuni dei sintomi della persona defunta ...	19.4	4.5	0.0	CG>CTL
12	Faccio di tutto per scacciare i ricordi della persona morta ...	16.7	31.8	0.0	CG>CTL e SS>CTL
13	Sento che la vita è vuota senza la persona che è morta ...	69.4	40.9	0.0	CG>CTL e SS>CTL
14	Sento la voce della persona deceduta parlarmi ...	11.1	9.1	0.0	-

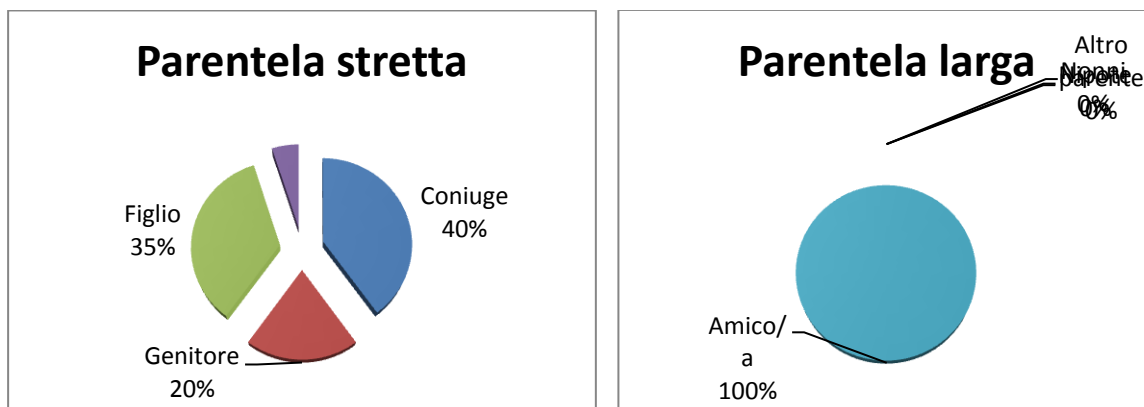
15	Vedo la persona defunta in piedi davanti a me ...	8.3	4.5	2.4	-
16	Provo che sia ingiusto che io viva quando la persona è morta ...	16.7	9.1	0.0	CG>CTL
17	Provo amarezza nei confronti della morte della persona ...	63.9	68.2	14.6	CG>CTL e SS>CTL
18	Provo invidia nei confronti di coloro che non hanno perso qualcuno vicino ...	36.1	4.5	2.4	CG>SS e CG>CTL
19	Mi sento solo la maggior parte del tempo da quando lui/lei è morto/a ...	55.6	27.3	0.0	CG>CTL e SS>CTL

Figura 1- La figura mostra i dettagli di ogni tipo di relazione tra quelli con parentela stretta e quelli con parentela non-stretta all'interno di ciascun campione esaminato.

CTL



SS



CG

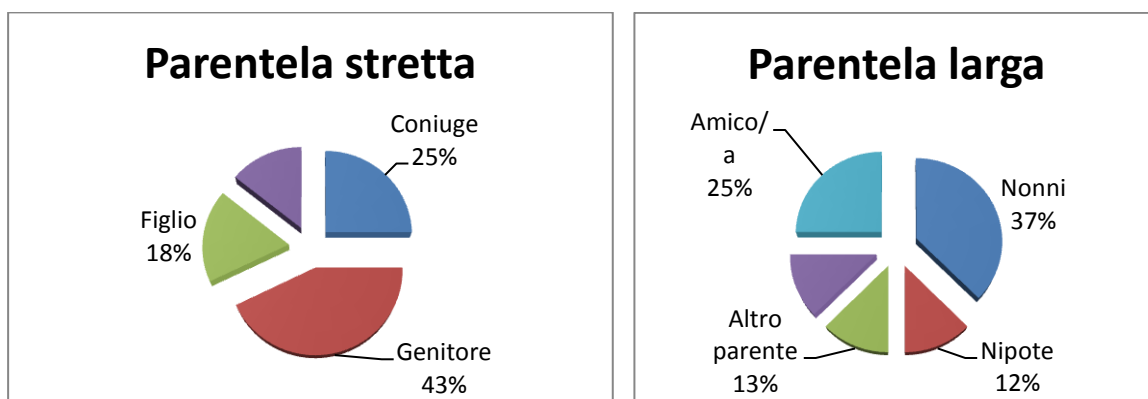
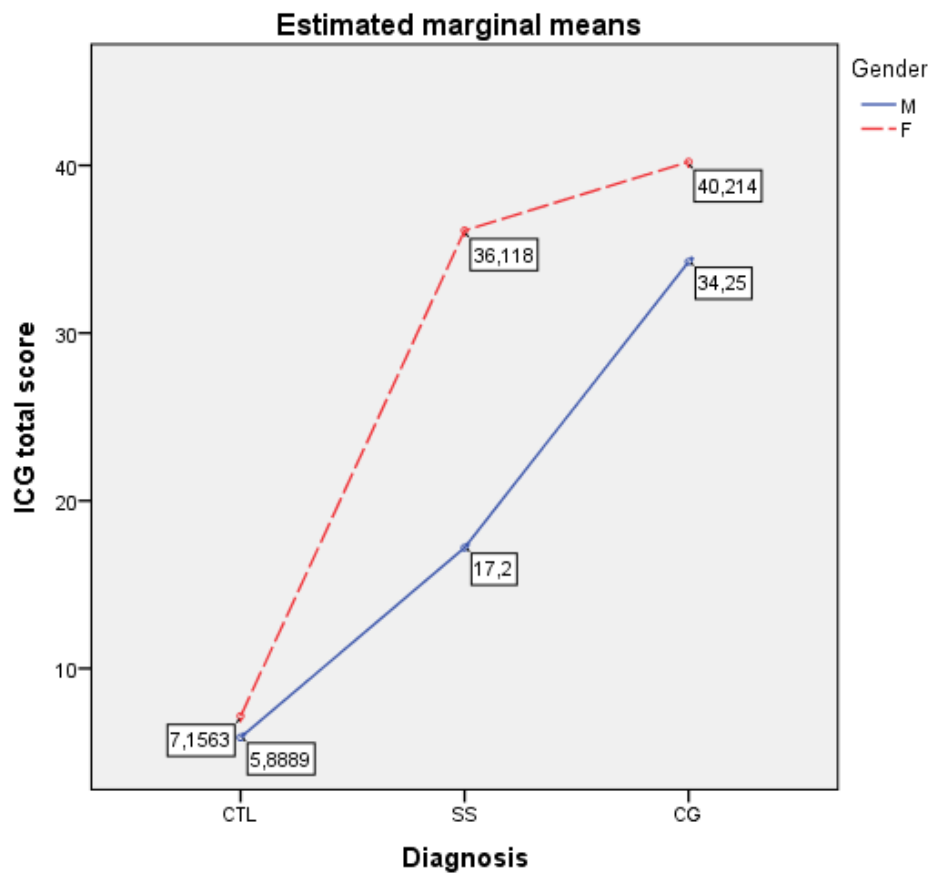


Figura 2 – Stima delle medie marginali del punteggio totale ICG in base alla diagnosi per genere.



7. APPENDICI: ICG

ICG

Per favore cerchiare la relazione con la persona deceduta e segnare il nome.

- 1. Coniuge:** Marito Moglie Nome: _____
- 2. Genitore:** Padre Madre Nome: _____
- 3. Figlio:** Maschio Femmina Nome: _____
- 4. Germani:** Fratello Sorella Nome: _____
- 5. Nonni:** Nonno Nonna Nome: _____
- 6. Nipote:** Maschio Femmina Nome: _____
- 7. Altro parente:** (per favore descrivere): _____ Nome: _____
- 8. Altro significativo partner/fidanzato** Nome: _____
- 9. Amico/a:** Nome: _____
- 10. Altro:** (per favore descrivere): _____ Nome: _____

Per favore cerchiare la risposta che descrive meglio come si sente adesso.

1. Penso a questa persona così tanto che è difficile per me fare le cose che normalmente faccio...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

2. I ricordi della persona deceduta mi turbano...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

3. Sento che non posso accettare la morte di quella persona...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

4. Sento di desiderare fortemente la persone deceduta...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

5. Mi sento attratto dai luoghi e le cose associate alla persona deceduta...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

6. Non posso evitare di essere arrabbiato per la sua morte...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

7. Mi sento incredulo nei confronti di quanto è accaduto...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

8. Mi sento scioccato o stordito su quanto è accaduto...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

9. Da quando lui/lei è morto/a è difficile per me fidarmi delle persone...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

10. Da quando lui/lei è morto/a sento di aver perso la capacità di prendermi cura degli altri o mi sento distante dalle persone a me vicine...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

11. Avverto un dolore nella stessa zona del corpo o manifesto alcuni dei sintomi della persona defunta...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

12. Faccio di tutto per scacciare i ricordi della persona morta...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

13. Sento che la vita è vuota senza la persona che è morta...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

14. Sento la voce della persona deceduta parlarmi...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

15. Vedo la persona defunta in piedi davanti a me...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

16. Provo che sia ingiusto che io viva quando la persona è morta...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

17. Provo amarezza nei confronti della morte della persona...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

18. Provo invidia nei confronti di coloro che non hanno perso qualcuno vicino...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

19. Mi sento solo la maggior parte del tempo da quando lui/lei è morto/a...

0	1	2	3	4
mai	raramente	qualche volta	spesso	sempre

8. BIBLIOGRAFIA

- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1991). Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Behavior modification*, 15(4), 545-559.
- American Psychiatric Association, 1980. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DSM-III. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5. Amer Psychiatric Pub Incorporated.
- Begley, M., & Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide: a phenomenological study. *Crisis*, 28(1), 26-34. doi: 10.1027/0227-5910.28.1.26
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257(8), 444-452. doi: 10.1007/s00406-007-0744-0
- Bolton, J. M., Au, W., Leslie, W. D., Martens, P. J., Enns, M. W., Roos, L. L., . . . Sareen, J. (2013). Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study. *JAMA Psychiatry*, 70(2), 158-167. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.275
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J., & Canobbio, R. (1996). The impact of adolescent suicide on siblings and parents: a longitudinal follow-up. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3), 253-259.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry*, 166(7), 786-794. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08081244
- Bruce, M. L., Kim, K., Leaf, P. J., & Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *The American journal of psychiatry*, 147(5), 608-611.
- Bui, E., Nadal-Vicens, M., & Simon, N. M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 149-157.

- Bui, E., Simon, N. M., Robinaugh, D. J., Leblanc, N. J., Wang, Y., Skritskaya, N. A., . . . Shear, M. K. (2013). Perilous dissociation, symptom severity, and treatment response in complicated grief. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Depression and anxiety*, 30(2), 123-128. doi: 10.1002/da.22029
- Byrne, P. (2006). Grieving the death of a child: clinicians should ensure that lethal drugs are handed back. *Bmj*, 332(7544), 794. doi: 10.1136/bmj.332.7544.794-a
- Carmassi, C., Shear, M. K., Massimetti, G., Wall, M., Mauro, C., Gemignani, S., . . . Dell'Osso, L. (2014). Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): a study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. [Validation Studies]. *Comprehensive psychiatry*, 55(5), 1322-1329. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.03.001
- Carmassi, C., Shear, M. K., Socci, C., Corsi, M., Dell'osso, L., & First, M. B. (2013a). Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *Journal of psychiatric practice*, 19(5), 419-428. doi: 10.1097/01.pra.0000435042.13921.73
- Carmassi, C., Shear, M. K., Socci, C., Corsi, M., Dell'osso, L., & First, M. B. (2013b). Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *J Psychiatr Pract*, 19(5), 419-428. doi: 10.1097/01.pra.0000435042.13921.73
- Cerel, J., van de Venne, J. G., Moore, M. M., Maple, M. J., Flaherty, C., & Brown, M. M. (2015). Veteran exposure to suicide: Prevalence and correlates. *J Affect Disord*, 179, 82-87. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.017
- Chiambretto, P. (2008). [Prolonged grief disorder: towards a new diagnostic category]. [Comparative Study]. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 30(3 Suppl B), B40-46.
- Clayton, P., Desmarais, L., & Winokur, G. (1968). A study of normal bereavement. *The American journal of psychiatry*, 125(2), 168-178.
- Clayton, P. J. (1990). Bereavement and depression. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *The Journal of clinical psychiatry*, 51 Suppl, 34-38; discussion 39-40.
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Vigil, G. J., & Benasutti, K. M. (2004). Life after death: grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspect Psychiatr Care*, 40(4), 149-154.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Stud*, 30(5), 403-428. doi: 10.1080/07481180600614351

- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*, 41(1), 14-21.
- Dell'osso, L., Carmassi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Socci, C., Maremmanni, A. G., & Perugi, G. (2011). Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hypomanic symptoms. *Annals of general psychiatry*, 10(1), 29. doi: 10.1186/1744-859X-10-29
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Musetti, L., Socci, C., Shear, M. K., Conversano, C., . . . Perugi, G. (2012). Lifetime mood symptoms and adult separation anxiety in patients with complicated grief and/or post-traumatic stress disorder: a preliminary report. *Psychiatry research*, 198(3), 436-440. doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.020
- DeVaul, R. A., & Zisook, S. (1976). Psychiatry: unresolved grief. Clinical considerations. [Case Reports]. *Postgraduate medicine*, 59(5), 267-271.
- DeVaul, R. A., Zisook, S., & Faschingbauer, T. R. (1979). Clinical aspects of grief and bereavement. *Primary care*, 6(2), 391-402.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud*, 27(2), 143-165. doi: 10.1080/07481180302892
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic medicine*, 23, 18-22.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Stud*, 33(7), 591-608. doi: 10.1080/07481180902979973
- Freud, S., 2012. Lutto e melanconia. In: Freud, S. (Ed.), *Psicologia e metapsicologia*. Newton Compton Editori, Roma.
- Groot, M. H., Keijser, Jd, & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav*, 36(4), 418-431. doi: 10.1521/suli.2006.36.4.418
- Hartz, G. W. (1986). Adult grief and its interface with mood disorder: proposal of a new diagnosis of complicated bereavement. *Comprehensive psychiatry*, 27(1), 60-64.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *J Affect Disord*, 72(2), 185-194.
- Hawton, K. (2007). Complicated grief after bereavement. *Bmj*, 334(7601), 962-963. doi: 10.1136/bmj.39206.507488.BE

- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The American journal of psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self-images. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *The American journal of psychiatry*, 137(10), 1157-1152.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. [Case Reports]. *Death studies*, 24(3), 185-199. doi: 10.1080/074811800200531
- Johnson, J. G., Zhang, B., Greer, J. A., & Prigerson, H. G. (2007). Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. [Comparative Study
Research Support, N.I.H., Extramural
Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(1), 26-30. doi: 10.1097/01.nmd.0000252009.45915.b2
- Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. [Comparative Study]. *Journal of anxiety disorders*, 17(2), 131-147.
- Kersting, A., & Kroker, K. (2010). Prolonged grief as a distinct disorder, specifically affecting female health. [Review]. *Archives of women's mental health*, 13(1), 27-28. doi: 10.1007/s00737-009-0112-3
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E., & Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. [Research Support, N.I.H., Extramural
Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(36), 5870-5876. doi: 10.1200/JCO.2007.14.6738
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav*, 34(4), 350-362. doi: 10.1521/suli.34.4.350.53737
- Lichtenstein, P., Gatz, M., & Berg, S. (1998). A twin study of mortality after spousal bereavement. [Research Support, Non-U.S. Gov't
Twin Study]. *Psychological medicine*, 28(3), 635-643.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*, 24(6), 637-662. doi: 10.1016/j.cpr.2004.07.002

- Maercker, A., & Lator, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 167-176.
- McIntosh, J., & Kelly, L. D. (1992). Survivors' reactions: suicide vs. other causes. *Crisis*, 13(2), 82-93.
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav*, 38(4), 375-389. doi: 10.1521/suli.2008.38.4.375
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., 3rd, & Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Am J Psychiatry*, 161(8), 1411-1416. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1411
- Middleton, J. L. (2008). Today I'm grieving a physician suicide. *Ann Fam Med*, 6(3), 267-269. doi: 10.1370/afm.840
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 169(2), 167-171.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25(1), 12-18. doi: 10.1027/0227-5910.25.1.12
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 35(5), 498-506. doi: 10.1521/suli.2005.35.5.498
- Miyabayashi, S., & Yasuda, J. (2007). Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61(5), 502-508. doi: 10.1111/j.1440-1819.2007.01699.x
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death Stud*, 27(1), 39-61. doi: 10.1080/07481180302871
- Murphy, S. A., Tapper, V. J., Johnson, L. C., & Lohan, J. (2003). Suicide ideation among parents bereaved by the violent deaths of their children. *Issues Ment Health Nurs*, 24(1), 5-25.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., . . . Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress*, 20(3), 251-262. doi: 10.1002/jts.20223

- Onrust, S., Cuijpers, P., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2007). Predictors of psychological adjustment after bereavement. [Comparative Study
Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International psychogeriatrics / IPA*, 19(5), 921-934. doi: 10.1017/S1041610206004248
- Parkes, C. M. (1998). Bereavement in adult life. [Review]. *BMJ*, 316(7134), 856-859.
- Parkes, C. M., & Brown, R. J. (1972). Health after bereavement. A controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosomatic medicine*, 34(5), 449-461.
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S., & Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. [Clinical Trial
Randomized Controlled Trial
Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International journal of group psychotherapy*, 51(4), 525-552.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Weideman, R., & Rosie, J. S. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. [Randomized Controlled Trial
Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 116-125. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.116
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., 3rd, Shear, M. K., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. [Research Support, Non-U.S. Gov't
Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *The American journal of psychiatry*, 153(11), 1484-1486.
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., . . . Brent, D. A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry*, 156(12), 1994-1995.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., 3rd, Anderson, B., Zubenko, G. S., . . . Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. [Research Support, Non-U.S. Gov't
Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *The American journal of psychiatry*, 152(1), 22-30.

- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. [Research Support, N.I.H., Extramural Validation Studies]. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go". [Case Reports Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *JAMA*, 286(11), 1369-1376.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., 3rd, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., . . . Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. [Consensus Development Conference Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 174, 67-73.
- Qin, P., & Mortensen, P. B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8), 797-802. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.797
- Reed, M. D., & Greenwald, J. Y. (1991). Survivor-victim status, attachment, and sudden death bereavement. *Suicide Life Threat Behav*, 21(4), 385-401.
- Schaefer, C., Quesenberry, C. P., Jr., & Wi, S. (1995). Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *American journal of epidemiology*, 141(12), 1142-1152.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F., 3rd. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *JAMA*, 293(21), 2601-2608. doi: 10.1001/jama.293.21.2601
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., & Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Psychiatric services*, 57(9), 1291-1297. doi: 10.1176/appi.ps.57.9.1291

- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Dev Psychobiol*, 47(3), 253-267. doi: 10.1002/dev.20091
- Shear, M. K. (2012a). Getting straight about grief. [Review]. *Depression and anxiety*, 29(6), 461-464. doi: 10.1002/da.21963
- Shear, M. K. (2012b). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 119-128.
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep*, 15(11), 406. doi: 10.1007/s11920-013-0406-z
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., . . . Keshaviah, A. (2011a). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28(2), 103-117. doi: 10.1002/da.20780
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., . . . Keshaviah, A. (2011b). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. [Research Support, N.I.H., Extramural
Research Support, Non-U.S. Gov't
Review]. *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117. doi: 10.1002/da.20780
- Silverman, K., & Schonberg, S. K. (2001). Adolescent children of drug-abusing parents. [Review]. *Adolescent medicine*, 12(3), 485-491.
- Simon, N. M. (2013). Treating complicated grief. *Jama*, 310(4), 416-423. doi: 10.1001/jama.2013.8614
- Simon, N. M., Shear, M. K., Fagiolini, A., Frank, E., Zalta, A., Thompson, E. H., . . . Silowash, R. (2008). Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. [Comparative Study
Research Support, N.I.H., Extramural]. *Psychiatry research*, 159(1-2), 31-36. doi: 10.1016/j.psychres.2007.05.011
- Simon, N. M., Thompson, E. H., Pollack, M. H., & Shear, M. K. (2007). Complicated grief: a case series using escitalopram. [Clinical Trial
Letter
Research Support, N.I.H., Extramural
Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The American journal of psychiatry*, 164(11), 1760-1761. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07050800

- Simon, N. M., Wall, M. M., Keshaviah, A., Dryman, M. T., LeBlanc, N. J., & Shear, M. K. (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Depression and anxiety*, 28(2), 118-126. doi: 10.1002/da.20775
- Stroebe, M., Boelen, P. A., van den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., & van den Bout, J. (2007a). Ruminative coping as avoidance: a reinterpretation of its function in adjustment to bereavement. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257(8), 462-472. doi: 10.1007/s00406-007-0746-y
- Stroebe, M., Boelen, P. A., van den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., & van den Bout, J. (2007b). Ruminative coping as avoidance: a reinterpretation of its function in adjustment to bereavement. [Review]. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 462-472. doi: 10.1007/s00406-007-0746-y
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. [Review]. *Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 177-186.
- Thompson, L. W., Breckenridge, J. N., Gallagher, D., & Peterson, J. (1984). Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of gerontology*, 39(3), 309-314.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 121-123. doi: 10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. [Comparative Study Randomized Controlled Trial]. *Death studies*, 30(5), 429-453. doi: 10.1080/07481180600614385
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Van den Bout, J., Van Der Heijden, P. G., & Dijkstra, I. (2008). The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief. *Death Stud*, 32(3), 237-252. doi: 10.1080/07481180701881263

- Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y., & Shuchter, S. R. (1998). PTSD following bereavement. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 10(4), 157-163.
- Zisook, S., & DeVaul, R. (1985). Unresolved grief. *American journal of psychoanalysis*, 45(4), 370-379.
- Zisook, S., Pies, R., & Iglewicz, A. (2013). Grief, depression, and the DSM-5. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of psychiatric practice*, 19(5), 386-396. doi: 10.1097/01.pra.0000435037.91049.2f
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*, 8(2), 67-74.
- Zisook, S., & Shuchter, S. R. (1993). Uncomplicated bereavement. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *The Journal of clinical psychiatry*, 54(10), 365-372.
- Zisook, S., Shuchter, S. R., Irwin, M., Darko, D. F., Sledge, P., & Resovsky, K. (1994). Bereavement, depression, and immune function. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Psychiatry research*, 52(1), 1-10.
- Zisook, S., Shuchter, S. R., Pedrelli, P., Sable, J., & Deaciuc, S. C. (2001). Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. [Clinical Trial Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(4), 227-230.
- Zisook, S., Shuchter, S. R., Sledge, P. A., Paulus, M., & Judd, L. L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *The Journal of clinical psychiatry*, 55 Suppl, 29-36.
- Zisook, S., Simon, N. M., Reynolds, C. F., 3rd, Pies, R., Lebowitz, B., Young, I. T., . . . Shear, M. K. (2010). Bereavement, complicated grief, and DSM, part 2: complicated grief. *J Clin Psychiatry*, 71(8), 1097-1098. doi: 10.4088/JCP.10ac06391blu